

CAI
HW1
- 2002
P33

h da Santé
Canada

Government
Publications

SHARING THE LEARNING

The Health Transition Fund

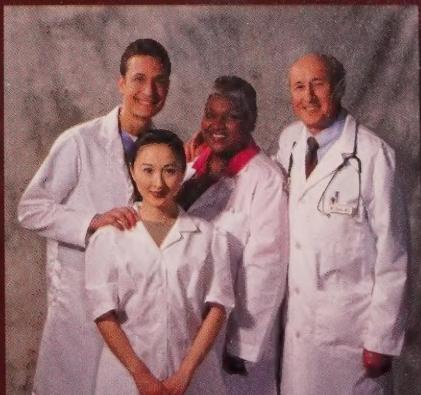
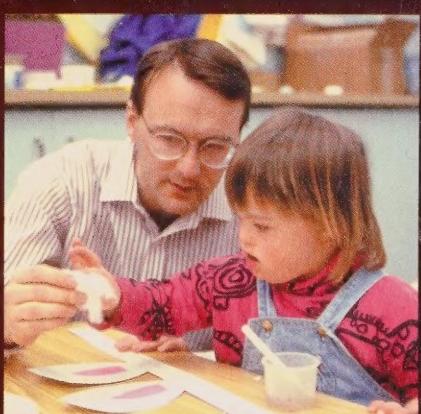


3 1761 11556201 9

SYNTHESIS SERIES

Pharmaceutical Issues

Canada



Our mission is to help the people of Canada maintain
and improve their health.

Health Canada

The opinions expressed in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgments, is encouraged.

This publication may be provided in alternate formats upon request.
For further information or to obtain additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax : (613) 941-5366

This document is available on the Health Canada web site: <http://www.hc-sc.gc.ca>

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-1
ISBN 0-662-66304-7

SHARING THE LEARNING

The Health
Transition Fund



SYNTHESIS SERIES

Pharmaceutical Issues

**Wendy Kennedy, PhD
Robert Goyer, PhD**

Faculty of Pharmacy, Université de Montréal
Montréal, Québec





This report is one in a series of 10 syntheses of HTF project results covering the following topics: home care, pharmaceutical issues, primary health care, integrated service delivery, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, mental health, and children's health. The tenth document is an overall analysis. All are available electronically on the HTF website (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass), which also contains information on individual HTF projects.

Executive Summary

The Health Transition Fund (HTF), a joint effort between federal, provincial, and territorial governments, was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform. Between 1997 and 2001, the HTF funded approximately 140 different pilot projects and/or evaluation studies across Canada. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each of nine theme or focus areas: home care, pharmaceutical issues, primary care/primary health care, integrated service delivery, children's health, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, and mental health. This document summarizes the key learnings from 25 projects in the pharmaceutical issues theme area. It has been prepared by Wendy Kennedy, PhD, and Robert Goyer, PhD, Faculty of Pharmacy, Université de Montréal.

Pharmaceutical Issues in Canada

A number of the HTF projects addressed issues of pharmacotherapy (used loosely in this context as any aspect of health care involving pharmaceuticals). The main theme was improvement in the use of pharmaceuticals. A secondary theme was the make-up and population coverage of prescription drug insurance programs.

Because of the increasing cost of prescription drugs, pharmacotherapy remains the focus of attention for many health care decision-makers and was the first of four key areas on which the Fourth Annual Premiers' Conference decided to focus its energy and resources (News Release, August 2, 2001). The chief drivers for this increase are change from older to newer treatments and increases in the use of existing

treatments. Non-optimal use of drugs is certainly responsible for part of the increased cost of pharmacotherapy. All stakeholders play a role in this non-optimal use: patients, prescribers, pharmacists, manufacturers, and government authorities. The other health care sectors must also bear the burden of the non-optimal use of drugs; inappropriate prescriptions and inadequate adherence to treatment regimens can cause increased use of physician, emergency, and hospital services.

Both patients and health professionals require easy access to credible, pertinent, understandable information from sources other than the media and the pharmaceutical manufacturers, which are too often marketing-driven rather than information-driven. This problem has been complicated by the recent increase in direct-to-consumer advertising, which is also marketing-driven. Physicians and pharmacists could profit from the development of uniform clinical practice guidelines (CPGs), which lay out the best therapy and management of a given disease or condition.

Even if CPGs are of optimal quality, they alone do not ensure a positive change in prescribing. HTF studies show that interactive forms of intervention, such as audit, feedback, academic detailing, and a team approach between physicians and pharmacists, appear to be effective in influencing some types of pharmacotherapy, albeit to a limited extent. Because physicians in the community have little communication with the pharmacists treating the same patients, facilitation of team care would require some attitude and system changes, which should start during the training process. A team care approach also improves patient adherence to prescribed medicines; again, this requires proper coordination between professionals, including familiarity with the appropriate treatment of the disease and the recommendations given to patients. Prescribing practices for some types of drugs (e.g.,

benzodiazepines and antibiotics) and conditions are more difficult to influence than others, as some HTF studies demonstrated. The more difficult areas may require intensive remedial work, incentives, or changes to reimbursement policy.

Affordability is a major issue in pharmacotherapy. In all Canadian programs, eligibility for public drug insurance coverage tends to be based on age or socio-economic circumstances: senior citizens, status Aboriginals, and unemployed individuals tend to be covered. Private drug insurance coverage largely depends upon employment status. Programs differ in terms of which drugs they will cover and the amount that insured individuals must pay out of their own pockets (cost-sharing). Underinsurance affects 10 per cent of Canadians, and the rate of underinsurance varies by province of residence. Canadians working full time are less likely to be underinsured: the group most at risk earns less than \$10,000 per year.

Insurance programs for prescription drugs and population coverage vary across Canada because the provision of pharmacy products and services was never part of the original concept of universal public health insurance coverage in Canada. Theoretically, provincial pharmacare programs should ensure cost-effective health care (i.e., the best level of care for the least cost possible) for their residents. However, provincial governments must balance population access to needed pharmaceuticals with cost-containment for the pharmacare and health care programs, which in turn must be balanced with the promotion of industrial development for the pharmaceutical industry, autonomy of prescribing for physicians, and increased cost-sharing for consumers. The tendency has been to reduce public costs by increasing consumer cost-sharing. However, deregulation of the pharmaceutical market by injecting more private funding would take Canada

further away from the model of largely public financing of pharmaceuticals that exists in most developed countries (generally less expensive and more equitable) and closer to the U.S. model (more expensive and less equitable).

Focusing on the drug program budget can also backfire: cost savings seen in drug programs are not necessarily reflected in savings in total costs to the society. Costs may be shifted to other areas, resulting in an increase in the use of other health services or a shift of the burden to patients or caregivers. Other methods to contain pharmaceutical sector costs may be worthy of exploration: price management by actively negotiating or setting drug prices or profits; limiting the benefits packages of their insurance programs for drugs; restricting conditions under which newer, more expensive pharmaceuticals can be prescribed in place of older, less expensive medicines; assessing the added value of a new drug; setting drug budgets for physicians; contracting with industry so that the manufacturer shares the financial risk if higher-than-expected expenditures are incurred. Jurisdictions outside Canada using these policies generally set them centrally, and Canada could profit by promoting common provincial efforts to establish and negotiate policies to contain pharmaceutical sector costs and influence professional practice.

In general, the HTF studies have confirmed, using Canadian research, a number of approaches to improving pharmacotherapy in other jurisdictions, as well as exploring a few new ideas. We have a number of good directions to travel in the future and some better road signs.

Preface

In recent years, Canada's health care system has been closely scrutinized with a view to quality improvement and cost-effectiveness. Fiscal pressures and changing demographics are resulting in initiatives to explore how the efficiency of the health care system can be increased while ensuring that high-quality services are affordable and accessible. Within this context, there has been a need for more research-based evidence about which approaches and models of health care have been working and which have not. In response to this requirement for evidence, and on the recommendation of the National Forum on Health, the Health Transition Fund (HTF) was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform.

A joint effort between federal, provincial and territorial governments, the HTF funded 141 pilot projects and/or evaluation studies across Canada between 1997 and 2001, for a total cost of \$150 million. Of that, \$120 million supported provincial and territorial projects and the remaining \$30 million funded national-level initiatives. The HTF targeted initiatives in four priority areas: home care, pharmaceutical issues, primary health care, and integrated service delivery. Various other focus areas emerged under the umbrella of the original four themes, including Aboriginal health, rural health/telehealth, seniors' health, mental health, and children's health.

The HTF projects were completed by the spring of 2001. In order to communicate the evidence generated by the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each theme area. This document summarizes the key learnings in the pharmaceuticals

issues theme area. It has been prepared by Wendy Kennedy, PhD, and Robert Goyer, PhD, Faculty of Pharmacy, Université de Montréal.

Unique Nature of the HTF Projects

The HTF was quite different from other organizations that fund health-related research in this country, such as the Canadian Institutes for Health Research and its predecessor the Medical Research Council.

- It was a time-limited fund, which meant that projects had to be conceived, funded, implemented, and evaluated all in four years – a very short time in the context of system reform.
- It was policy-driven; policy-makers were involved in the project selection process, and wanted to focus on some of the outstanding issues in the four theme areas in the hope that results would provide evidence or guidance about future policy and program directions.

In order to encourage projects to address issues and produce results that would be relevant to decision-makers, the HTF developed an evaluation framework consisting of six elements (access, quality, integration, health outcomes, cost-effectiveness, and transferability). Each project was required to have an evaluation plan addressing as many of these elements as were relevant. In addition, all HTF projects were required to include a dissemination plan (for which funding was provided) in order to ensure that results were effectively communicated to those best able to make use of them. In addition to these individual dissemination plans, the HTF Secretariat is implementing a national dissemination strategy, of which these synthesis documents are one element. This emphasis on evaluation (systematic learning from the experience of the pilot initiatives) and dissemination (active sharing of results) was unique on this scale.

Most national projects were selected by an intergovernmental committee following an open call for proposals, while provincial/territorial initiatives were brought forward by each individual jurisdiction for bilateral approval with the federal government. At both levels, applications came not just from academics in universities, or researchers in hospital settings, but also from non-traditional groups such as Aboriginal organizations, community groups, and isolated health regions. Groups that had rarely, if ever, thought in terms of research, evidence, evaluation, and dissemination began doing so, and these developments bode well for improved understanding and collaboration among governments, provider organizations, and researchers. The role of federal, provincial, and territorial governments in the selection process ensured that the projects delved into the issues that were of high concern in each jurisdiction. By the same token, there was considerable scope in the range of project topics, and the body of projects was not (and was never intended to be) a definitive examination of each theme.

This unique focus and selection process imparts specific features to the HTF body of projects. The projects that were funded represent good ideas that were put forward; they do not represent a comprehensive picture of all the issues and potential solutions in each of the theme areas. The relatively short time frame meant that many researchers struggled to complete their work on time and the results are preliminary or incomplete; some pilot projects might take a number of years to truly show whether they made a difference. This must be left to others to carry forward and further investigate. Perhaps the greatest value in the large body of HTF projects comes from the lessons we can learn about change management from the researchers' struggles and challenges as they undertook to implement and evaluate new approaches to longstanding health care issues.

Acknowledgements

The authors would like to thank Hollander Analytical Services Ltd., the outside reviewers, and Audrey McClellan for their assistance in the preparation of this document. The HTF synthesis series was commissioned by Health Canada and managed by Hollander Analytical Services Ltd. The views expressed herein do not necessarily represent the official policy of federal, provincial or territorial governments.

Table of Contents

Executive Summary .....	.i
Pharmaceutical Issues in Canada .....	.i
Preface .....	.iii
Unique Nature of the HTF Projects .....	.iii
Acknowledgements .....	.iv
Table of Contents .....	.vi
1. Setting the Context .....	.1
1.1 Pharmaceutical Industry .....	.1
1.2 Patients .....	.2
1.3 Health Care Professionals .....	.3
1.4 Governments .....	.3
2. Overview of the Health Transition Fund (HTF) Studies .....	.4
3. Discussion of Significant/Relevant Findings .....	.6
3.1 Quality of Pharmacotherapy .....	.6
3.1.1 Patient Satisfaction .....	.6
3.1.2 Improving Physician Prescribing Practices .....	.7
3.1.2.1 Guidelines .....	.7
3.1.2.2 Interdisciplinary Approach .....	.8
3.1.2.3 Regulatory Change .....	.8
3.1.3 Improving Patient Adherence to Prescriptions .....	.8
3.2 Access .....	.9
3.2.1 Canada-Wide .....	.9
3.2.2 Regional Variation in Drug Insurance Coverage .....	.9
3.2.3 Socio-Demographic Variation in Drug Insurance Coverage .....	.10
3.3 Integration .....	.10
3.4 Health Outcomes .....	.10
3.5 Cost-Effectiveness .....	.11
3.6 Transferability/Generalizability .....	.12
3.7 Control of Pharmaceutical Spending .....	.13
3.7.1 Direct Approaches to Controlling Spending .....	.14
3.7.2 Indirect Approaches to Controlling Spending .....	.14
3.8 Direct-to-Consumer Advertising (DTCA) .....	.14

4.	Health Human Resources in Pharmaceutical Issues	15
5.	Implications for Policy and Practice	16
5.1	“Myriad and Separate Financing and Policy-Making Groups”	16
5.2	Professionals Working Together	16
5.3	Information About Drugs: Patients and Professionals’ Perspectives	16
5.4	Quality of Professional Practice	17
5.5	Accessibility	18
5.6	Control of Pharmaceutical Spending	18
6.	Conclusion	19
	References	20
	Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Pharmaceutical Issues	
	Figure 1: Proportion of Individuals with No Insurance or Underinsured, According to the Ability to Pay Index, 1998, by Province	10

I. Setting the Context

Drug costs account for the Canadian health care system's second-highest expenditure (Canadian Institute of Health Information, 2001). Since the early 1980s, their annual growth rate has been approximately 20 per cent. This rate of increase is expected to continue in the future, which puts at risk the viability of the existing public (pharmacare) and private prescription drug insurance programs.

The level of waste and inefficiency in the system has been the subject of much study, consistently showing that the quality of pharmacotherapy can be improved and drug costs could be better managed and controlled. "The conditions for successful control of pharmaceuticals are: system-wide (well managed formularies so that pharmacists have access to effective drugs at the lowest possible cost), patient-provider interface (treatment guidelines to assist the prescribing physician in choosing the most effective drug for the patient; drug utilization management so that the prescribing physician and the pharmacist are informed systematically about all the drugs being used and can advise the patient on ways to avoid adverse reactions) and research (to identify situations where pharmaceuticals are a cost-effective substitute for other interventions such as surgery)" (Angus, Auer, Cloutier, & Albert, 1994, p. 15).

However, the multitude of issues surrounding prescription drugs has many facets: the industry that makes the drugs, the doctors who prescribe them, the pharmacists who provide them, the patients who use (and sometimes request) them, and the public and private insurance programs that pay for them (in whole or in part).

1.1 Pharmaceutical Industry

The industry plays a major role in the discovery of drugs. From 1988 to 2000, 1,020 new patented medicines appeared on the Canadian market (Patented Medicines Prices Review Board [PMPRB], 1991-2001). However, only 65 of them were considered as "break-throughs" or significant improvements. The others (955, or 94 per cent) consist of new active ingredients showing no or modest gains compared with existing medicines ("me-too" drugs) or new dosage forms or strengths of existing medicines (line extensions). Too often, health professionals and consumers assume that a new drug is somehow "better" than an older one, even though its effectiveness is not superior, its risk profile is still uncertain, and its price is often higher.

Companies generally protect and expand their share of the market through patents, which give the companies exclusive rights to their drugs for a period of 20 years from the time the drug is discovered.¹ Considering the time required from discovery to marketing, the residual period of exclusivity (or market exclusivity) for the patented drug generally varies from eight to 12 years. The industry views such a period as insufficient, thus requesting additional benefits (such as patent extension, freedom to set prices, and more rapid access to market).

When the patent expires, the exclusivity ends and other manufacturers can sell a generic version of the drug having the same chemical composition, dosage form, and clinical efficacy. Thus the competition becomes one of price. Therefore, the length of the exclusivity period, the rate of introduction of new patented drugs, and the level of popularity they achieve will have an effect on the market share of the patented versus the generic drugs: between 1990 and 2000, the proportion of total drug sales accounted for by patented

1. Changes to legislation in Canada in 1987 and 1993 have restored full patent protection.

drugs rose from 41 to 63 per cent, while the market share of generics fell to under 9 per cent (Federal/Provincial/Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices 1999).

Pharmaceutical companies promote sales of their drugs to both consumers and professionals. In Canada, direct-to-consumer advertising (DTCA) is not legal for prescription drugs; however, there is some spillover effect from American advertising, which has grown from \$0.1 billion to \$2.5 billion between 1993 and 2000 (Schommer and Hansen 2001). Medical promotion (which cost pharmaceutical companies \$13.9 billion in the United States in 1999) includes physician detailing,² drug samples, gifts, entertainment, and the financing of educational conferences and seminars for health care professionals (Bero and Lipton 2001).

Such promotional activities have major impacts on drug use and expenditures. Indeed, the recourse to a new, often more expensive, drug may be justified in therapeutic and economic terms. But in many instances it is not, in which case there are important negative consequences for prescription drug insurance programs, including reducing accessibility and increasing user charges.

1.2 Patients

Population increase and aging accounted for only 10 per cent of the growth in prescription drug expenditures in the 1980s; the other 90 per cent was attributed to the rising cost of drugs per patient due to inflation, high prices of new medicines, and increase in use (increase in quantity of a medicine and of number of medicines per patient) (Angus et al., 1994).

Patients' attitudes and values have a tremendous impact on optimal, cost-efficient pharmacotherapy, influencing the correct use (in contrast to inappropriate use, overuse, or underuse) of medicines, whether prescribed or not. For example, it has been estimated

that, in Canada, the direct and indirect costs of non-compliance (e.g., failure to follow directions of use, including unfilled or unrenewed prescriptions, changes in dosages, use of non-prescription drugs) range from \$7 billion to \$9 billion, excluding social costs (Coambs et al. 1995).

To facilitate patients' participation in their pharmacotherapy, they need credible, pertinent, and understandable information. Too often, health professionals do not have available the appropriate information leaflets, or they lack the time or facilities for confidential discussions with the patient. In contrast, patients have easy access to a multitude of information sources – via the Internet, the pharmaceutical companies' publicity, and the media – which may be of questionable quality and which the patient is ill equipped to evaluate.

The increase in direct-to-consumer advertising (DTCA) of prescription drugs is of particular concern with respect to its effect on the use of medicines and on the patient-physician relationship and its consequent impact on public health. "While DTCA may alert consumers to new information and facilitate treatment of their medical problems, it also may confuse consumers and adversely impact the relationship between patients and their health providers.... DTCA could affect health outcomes and health services utilization via multiple decisions and multiple behaviours by both consumers and physicians" (Schommer and Hansen 2001).

But even assuming the best patient attitudes and values, optimal pharmacotherapy is not achievable if these attitudes and values are not shared by health care professionals or if there are no appropriate regulations allowing access to necessary medicines.

2. Detailing is a technique used by pharmaceutical companies to promote the sale of their products. It combines marketing and the professional education of prescribers (usually physicians). The pharmaceutical company representatives are generally university graduates and are conversant in the attributes of the products they promote. They meet the physicians in their offices face-to-face.

1.3 Health Care Professionals

Although patients are often considered to be the principal cause of inappropriate medication use – they must provide their clinicians with the information needed to make optimal decisions and subsequently follow the clinicians' instructions – health professionals are responsible for ensuring patients receive the right medicine, at the right dosage, in the best manner and at the least cost. They must also pass on to patients the skills and information needed to take the medication in the manner prescribed.

In reality, the physicians who prescribe the drug, the pharmacists who supply it, and the patients who use it are bombarded by advertising and promotion, and too often a physician visit terminates with a prescription, even though neither health professional is fully informed of the patient's potential drug risks. Both professions operate in circumstances where communication between physician and pharmacist about their common patient is difficult.

Making appropriate medication choices requires knowledge, skills, and tools. Academia should assume full responsibility for providing knowledge and skills in all aspects of pharmacotherapy, not forgetting the importance of the team approach, communication, and health economics. It should be the source of independent, credible information about new treatments and of the best ways to incorporate these treatments in order to optimize practice. Promotional information about drugs should not be confused with objective information, training, or continuing education in pharmacotherapy. Regulatory bodies and professional associations should ensure that their members maintain their level of competence, taking into account the tools that government should provide.

1.4 Governments

The federal government controls the testing of new drugs on humans; reviews all the evidence on quality, safety, and efficacy, including the information that

must be available about the drug (i.e., product monograph and patient information leaflet) before it can be marketed in Canada; and oversees many aspects of drug commercialization (e.g., adverse drug reactions, advertising and promotion, price of patented drugs).

The Patented Medicines Prices Review Board (PMPRB) reviews the price of patented drugs from the date they are first sold on the market until the patent expires. Essentially, the introductory price of a new, patented drug cannot be higher than that of comparable products unless it brings significant therapeutic improvement over existing drugs.³ Afterward, until the patent expires, annual price increases are tied to the consumer price index (CPI). Since 1987, the PMPRB has profoundly influenced both the introductory price of new patented drugs and their evolution.

Provincial drug insurance programs also have a major impact on the prices of drugs (whether patented or not) sold in community pharmacies by limiting annual increases or by negotiating with manufacturers on the basis of price as a condition for listing a drug (including generics⁴) on their formulary. Other strategies used to limit costs are:

- pharmacists substituting a generic version of a drug for a prescribed patented drug;
- governments limiting the reimbursement to the cost of a given drug in a therapeutic class (therapeutic reference-based pricing) or the cost of the generic drug;
- governments reimbursing pharmacists on the basis of real acquisition cost or best available price in Canada; and

3. In the case of significant therapeutic improvement, the price is limited to the median international price of the drug itself in seven countries.

4. Ontario controls generic drug prices as part of its policy, placing a ceiling of 70 per cent of the price of the brand-name (formerly patented) drug on the introductory price of the first generic to be marketed.

- governments ensuring through special access programs that costlier drugs are provided only if absolutely needed.

Increasing the uniformity of policies among provinces could generate major additional savings.⁵ However, "cost-effective health care requires more than global budget controls at the centre. It also requires a regulatory regime that encourages providers and patients to choose the most appropriate treatment – taking into account both costs and outcomes" (Angus, Auer, Cloutier, and Albert 1994). By providing and integrating training programs, on-line access to patients' files and drug information centres, appropriate guidelines, feedback on practice profiles, and accountability, health professionals and governments could ensure cost-efficient, continuous, seamless care.

Prescription drug insurance programs differ greatly across the country. Generally, beneficiaries of public insurance programs tend to be persons on social assistance and senior citizens who pay a charge per prescription or periodically bear a percentage of the total costs. These costs to patients, varying among provinces and beneficiaries, have been established to reduce the overall budget of the pharmacare program and to influence the level of prescription drug use. Although reducing prescription drug use can limit the pharmacare budget, it may also have an impact on other health sector costs – such as physician visits, emergency services, and hospital or long-term care facilities – that must be considered.

Overview of the Health Transition Fund (HTF) Studies

The 25 HTF pharmacotherapy studies were varied in their scope and focus. Not all the issues discussed above were addressed, but several were. The main theme of the majority of the studies was improving the use of pharmaceuticals by targeting patients and health care professionals. A secondary theme, the subject of some studies, was the make-up and population coverage of prescription drug insurance programs, including publicly funded ones. One study touched on the pharmaceutical industry, exploring its role in DTCA (NA250). The studies provided background information for these themes, explored or developed tools to better measure the use of pharmaceuticals or identify problems, or evaluated interventions aimed at improving pharmaceutical use. Five studies were reviews of existing information pertinent to the discussion:

- NA236 examined international examples of pharmaceutical policy on which Canada could draw.
- NA202 provided an overview of the different prescription drug insurance systems and looked at the extent of insurance coverage (public and private) for prescription drugs in the Canadian population.
- NA203 evaluated the quality of clinical practice guidelines, including those dealing with prescribing.
- NA246 examined the process of cost-effectiveness evaluation in provincial drug programs.

5. For 1997, savings would have been achieved by implementing a best-available-price policy in all provinces (\$60 million) and extending the median international price limit to non-patented single-source drugs (\$64 to \$87 million) (Federal/Provincial/ Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices, 1999).

- NA250, a three-part study, reviewed direct-to-consumer advertising of prescription drugs.

Two projects looked at variations in citizens' coverage associated with the differences in pharmacare programs:

- NA227 examined how differences in drug costs affect drug use in general.
- NA228 looked at how differences in drug costs affect the use of antibiotics.

The majority of the projects examined the effects of various methods to improve medication use in the community setting. SK221 targeted improvement in physician prescribing and patient compliance by looking at academic detailing,⁶ prescribing practices feedback, and patient compliance reminders. Patient behaviours were explored by using:

- a health care team approach (AB301-27);
- patient-oriented, disease-specific, information guides (NA204);
- community involvement programs (BC201-03); and
- an asthma education program (BC201-06).

Physician prescribing practices were targeted by continuing medical education strategies such as academic detailing, provision of feedback on prescribing profiles (NA221, BC201-01, BC201-02), and regulatory changes in drug reimbursement policy (BC201-05). The influence of the community pharmacist on physician prescribing and patient behaviours was explored by several studies (ON221, BC201-04, BC201-07, BC201-08).

A number of studies developed and refined research tools as part of an evaluation or as the primary study objective:

- BC201-01 to -08 generally incorporated methodologies to take advantage of British Columbia's new centralized prescription drug database.
- NA201 and NA235 explored the feasibility of creating a national database containing drug utilization data and cost data that would allow drug use review studies to be carried out on a national basis.
- ON222 evaluated, on a province-wide basis, the dissemination of guidelines and the implementation of an educational strategy for antibiotic use.
- NA228 evaluated the use of DDDs (defined daily doses) to enable a comparison of rates of drug use at national and international levels, choosing antibiotics as an initial example.
- BC201-05 looked at a study design to test the implementation of a regulatory policy changing reimbursement for medications.

Funding for these 25 projects totalled \$7.6 million. The amount of funding for individual studies varied from \$88,800 for NA250 to \$3,165,600 for BC201 (comprising eight separate studies). A complete list of the HTF studies appears in Appendix A.

6. Academic detailing is a technique similar to the detailing used by pharmaceutical companies, but, as used by health insurance plan providers, the objective is to promote appropriate and cost-effective prescribing (usually in one or two therapeutic classes or for one or two specific indications) rather than the promotion of specific products.

3. Discussion of Significant/ Relevant Findings

3.1 Quality of Pharmacotherapy

3.1.1 Patient Satisfaction

Patients want more information and more input into their treatment. This was demonstrated in several studies, which also showed that physicians and pharmacists are sometimes reluctant to provide as much information and involvement as the patients would like. In *An Evaluation of a Randomized Controlled Project on Asthma Education in B.C.* (BC201-06), professional asthma educators taught individual asthma patients how to better monitor and control their disease. Unfortunately, problems were noted with many of the patients' physicians, who did not seem to be familiar with the appropriate treatment of the disease and did not endorse the recommendations of the education sessions given to patients.

One message that came clearly out of *Canada Drug Guide: A Pilot Study* (NA204) was the public's interest in credible and understandable information about treatment choices and health problems. A large proportion of patients who received patient-friendly treatment guides found them very useful. The majority of interviewed patients reported using the information in their decisions about their treatment. However, "focus group findings revealed a disparity between the kind of drug and therapy information consumers say they want and what their clinicians [physicians and pharmacists] seemed willing to give them. While there was a strong patient preference for information on treatment options, benefits and risks, including side effects of medications, some clinicians raised concerns about the feasibility and impact such disclosure might have on patient care" (p. 10).

These messages regarding public interest in information and the importance of public understanding of health issues were emphasized in two projects: *Partners for Appropriate Anti-Infective Community Therapy – Development of a Guideline Dissemination Infrastructure* (ON222) and *Women's Health in the Mid-Life Years* (BC201-03). "Project feedback ... suggests that patients and the public feel that it is important that their opinions are represented during the course of development of any guidelines or reimbursement criteria that are to be distributed to physicians at a provincial or national level" (ON222, p. 23). In BC201-03, "a great number of women reported major change in the main areas of learning new knowledge ... feeling more confident to make decisions ... resolving to continue to learn more, and developing an intent to make lifestyle changes" (p. 21).

3.1.2 Improving Physician Prescribing Practices

For Canadian practitioners, it is important to develop nationally uniform, high-quality prescribing standards that have been created by relying on clinical expertise and experience. The *National Evaluation of Clinical Practice Guidelines* (CPGs) project (NA203), a review of the literature on interventions to improve prescribing involving CPGs, found improved prescribing in 77 per cent of the 35 studies published.

Some types of interventions are more effective than others in changing prescribing practices. Simply delivering written materials or presenting materials at a workshop or conference does not appear to be enough. An interactive form of intervention – such as audit, feedback, academic detailing, and a team approach between physicians and pharmacists – is more effective in producing a positive change in prescribing. If a desired prescribing change is from one medication to another, then discontinuing reimbursement for the targeted drug (allowing recourse to special exceptions upon the request of the

prescriber) appears to have the desired effect of reducing prescribing without harming the patient. Physicians are more amenable to change prescribing practices for some types of drugs. For example, it appears to be difficult to influence benzodiazepine (BC201-01, NA221) and antibiotic (SK221) prescribing, perhaps because these changes require more time or different expertise than is generally available to physicians.

3.1.2.1 Guidelines

Changing prescribing practices requires standards for such practices against which problem prescribing patterns can be identified, interventions designed, and improvements measured. This is the purpose of clinical practice guidelines (CPGs), which are systematically developed statements that help physicians make decisions about appropriate health care. According to ON222: “It is extremely important to differentiate [between] an ‘evidence document’ developed based on the literature and meta-analysis, and a ‘guideline’ which has gone through an external validation process and incorporates accepted approaches and clinician wisdom” (p. 23). The authors listed a number of requirements for the successful implementation of CPGs, including:

- high-quality materials developed with clinician involvement (professional materials) and patient involvement (patient materials);
- a feedback loop for improvement;
- intensive advertising and general mail-outs to recruit facilitators and educators in the primary care community and to raise awareness of the program;
- the training of medical residents; and
- the use of partnerships to disseminate patient materials.

There appears to be less evidence of improvement from interventions that presented physicians with literature alone or conference/workshop material alone. Interventions that involved audit, feedback, and academic detailing had, in general, a positive impact on prescribing.

Although guidelines can be useful, they have proliferated in recent years and their quality is not always assured. According to the *National Evaluation of Clinical Practice Guidelines* project (NA203), “It is estimated that [there] are some 2,500 CPG that have been developed in Canada with most having been produced in the last decade. With the exponential growth in CPG development, clinicians are increasingly being confronted with differing and sometimes contradictory recommendations. For example, in one study the recommendations from 20 practice guidelines on anticoagulant treatment in a trial fibrillation were applied to 100 consecutive patients. Depending on the guideline, anticoagulant treatment would have been recommended for 13 per cent to 100 per cent of the patients” (p. 6). Only 19 per cent of the guidelines reviewed by NA203 were recommended to be used in practice “as is”; another 56 per cent were acceptable with modifications.

3.1.2.2 Interdisciplinary Approach

The *Randomized Trial Evaluating Expanded Role of Pharmacists for Seniors Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario* (ON221), which involved seniors living in their own homes and at high risk for drug-related problems,⁷ found that expanding the role of pharmacists to identify and resolve these problems and make recommendations to the treating family physician had extremely positive results.⁸ The pharmacists identified problems in 88 per cent of

7. Taking five or more medications, an average of eight drugs per day.

8. This is similar to the role of the clinical pharmacist in hospital pharmacy practice.

the seniors participating in the study; the family physicians agreed to implement 84 per cent of the recommendations made to them; and 57 per cent of these recommendations had been implemented within five months.

The importance of an interdisciplinary approach in development of guidelines emerged from the project *Partners for Appropriate Anti-Infective Community Therapy – Development of a Guideline Dissemination Infrastructure* (ON222). “The success of these guidelines has been attributed to the rigorous development process that was followed and the involvement of a multi-disciplinary consensus panel, including specialists, primary care physicians and pharmacists in addition to over 150 reviewers from across Canada” (p. 16).

3.1.2.3 Regulatory Change

In the *Evaluation of the Feasibility of a Randomized Controlled Trial of a Drug Reimbursement Policy Change During Implementation* project (BC201-05), a change in reimbursement policy resulted in the desired improvement in prescribing practices as well as reduced costs and no decrease in health outcomes. This study examined a regulatory change in reimbursement: coverage for costly nebulized forms of respiratory drugs (needing a machine) was eliminated, which should have resulted in replacement-prescribing of reimbursed inhalation forms of those medications. Unusually, a concomitant rise in the use of inhalers was not observed, which points to a previous questionable need for the nebulized medications or to an as-yet-unseen shifting to other resources.

A *Controlled Study of Initiatives to Improve Antibiotic Prescribing and Adherence* (SK221) showed that it was difficult to improve antibiotic prescribing through either academic detailing, profiling (sending a physician his or her prescribing pattern compared with those of colleagues or with a certain standard), or a combination of the two. Two studies that looked at changing benzodiazepine prescribing (whether by providing

physicians with guidelines for the safe withdrawal of benzodiazepines and with patient-oriented materials to aid discontinuing, or by using academic detailing) also indicated that current benzodiazepine prescribing is not amenable to change by “educational” intervention. If change is desired, other more direct methods are needed, such as regulation or financial incentives.

Physicians seemed to be reluctant to participate in studies aimed at changing prescribing practices for benzodiazepine, and those who did participate did not improve. The participation rate of identified physicians in the *Benzodiazepine Use in the Elderly* project (NA221) was very poor, ranging from a low of 12–17 per cent in Quebec to a high of 39 per cent in Newfoundland. The measured impact on prescribing was also disappointing; no changes were seen in Newfoundland and only minor changes occurred in Ontario. This was confirmed by the findings of the *Sleep and Anxiety Management Project* (BC201-01). More physicians increased rather than decreased their prescribing of benzodiazepines, in terms of number of patients, volume of benzodiazepines, and number of scripts. However, such results may have been complicated by a concurrent government policy change. The negative results of BC201-01 are particularly disappointing because it is expected that physicians who volunteer for a study like this one are likely to be those most amenable to practice change.

3.1.3 Improving Patient Adherence to Prescriptions

Patient adherence to prescribed medicines was improved by experts in patient education (asthma), pharmacists (asthma), and multidisciplinary teams of physician, pharmacist, and home care professional (in persons with complex medical needs⁹) (BC201-06, BC201-08, AB301-27). However, as shown by *An Evaluation of a Randomized Controlled Project on Asthma Education*

9. Persons who self-reported their health state as “poor” and were taking an average of five medications.

in B.C. (BC201-06), this adherence requires proper coordination among the professionals, including a familiarity with the appropriate treatment for the disease and with the recommendations given to patients.

3.2 Access

Affordability is a major issue in pharmacotherapy because the lack of affordable access to prescription drugs may result in inadequate care and lead to an increased use of other health care resources. Asthma patients mentioned that one of the factors leading to compliance problems was their difficulty in affording their medications (BC201-06). Certainly asthma is an example of a chronic disease for which medications form the bulk of the costs of treatment for most patients; the more underused drugs (the anti-inflammatory and long-acting bronchodilator drugs) are the more expensive, and the more overused (the short-acting bronchodilator drugs) are the cheapest.¹⁰

3.2.1 Canada-Wide

In all Canadian programs, eligibility for public drug insurance coverage tends to be based on age or socio-economic circumstances; private drug insurance coverage largely depends upon employment status. Public drug insurance coverage tends to be provided for senior citizens, status Aboriginals, and unemployed individuals. Programs differ in terms of the drugs they cover and the amount that the insured individual must pay out of his or her pocket (cost-sharing). The *Canadians' Access to Insurance Coverage for Prescription Medicines* project (NA202) found that about 10 per cent of Canadians have no drug insurance or insurance only for expenses exceeding \$1,000 annually.

Canada is far from unique in providing public funding for prescription drug costs. All of the seven countries¹¹ studied by the *International Experience with Pharmacare: Lessons for Canada* project (NA236) have extensive public insurance funding programs for prescribed drugs. They also require some level of cost-sharing from consumers, averaging 25 to 30 per cent

of prescription costs. However, in all these countries, public expenditures account for a higher proportion of overall drug costs than they do in Canada. In 1997, public expenditures on drugs in Canada were roughly 31 per cent of overall drug costs, compared with about 65 per cent (average) in the seven countries studied (and 15 per cent in the United States).

Using the ability to pay index,¹² NA202 found that 2 per cent of Canadians would pay more than 4.5 per cent of their gross income¹³ to meet a \$1,000 drug bill (4.5 per cent is a cut-off assuming financial hardship and deemed equivalent to no insurance). Using this index, individuals would be considered underinsured if they paid 2.5 per cent or more of gross family income for this potential drug bill: 10 per cent of Canadians are exposed to this level of risk.

3.2.2 Regional Variation in Drug Insurance Coverage

Estimates of potentially inadequate drug insurance showed a regional difference by province of residence. Figure 1 presents in graphic form the findings of NA202 with respect to the proportion of the population in each province with no insurance according to the ability to pay index, or those at risk for a drug bill they could not afford (underinsured). Roughly 15 per cent of Atlantic provinces residents are exposed to this level of risk, compared with none in Manitoba.

10. Underuse and overuse are in relationship to established guidelines for treatment of this disease, which in general calls for use of anti-inflammatory and long-acting bronchodilator medications at a level that keeps use of short-acting bronchodilator drugs down to twice a week or less.

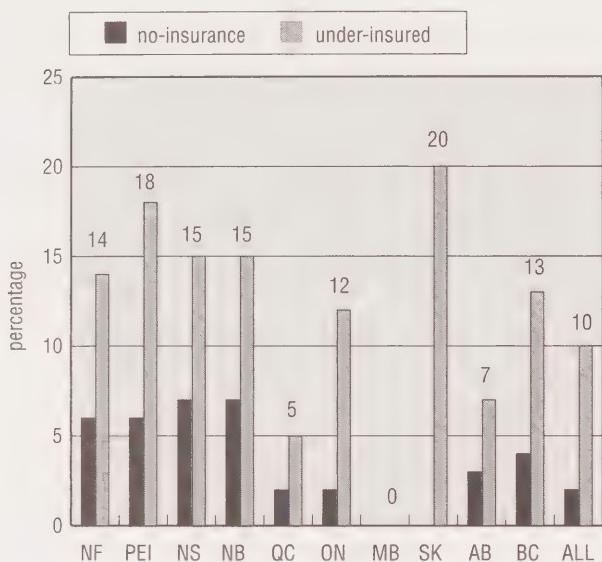
11. New Zealand, Australia, United Kingdom, France, Germany, Sweden, and the Netherlands.

12. The percentage of gross income an individual would pay if faced with a drug bill of \$1,000 in a year.

13. This would apply to persons with a family income of \$22,222 or less. Therefore, a \$1,000 drug bill represents 10 per cent of gross income where the family income is \$10,000, 5 per cent if it is \$20,000, and so on forth.

Figure 1: Proportion of Individuals with No Insurance or Underinsured

According to the Ability to Pay Index, 1998, by Province
(Data from NA202, p. 95)



3.2.3 Socio-Demographic Variation in Drug Insurance Coverage

According to ability to pay, risk differs by age group: 1 per cent of seniors, 7 per cent of 18- to 24-year-olds, and four per cent of 55- to 64-year-olds are at risk for a drug bill they could not afford. Persons working full time are less likely to be so exposed: only 1 per cent, compared with 4 per cent of those working part time or not at all. Those most at risk earn less than \$10,000 per year. Registered Indians, eligible Inuit, and Innu are less likely to be at risk than non-Aboriginals, Métis, and non-status Indians (NA202).

3.3 Integration

Many drawbacks result from the variations in the Canadian health care system, particularly the multiplicity of prescription drug insurance programs, which complicate the measurement of national patterns of drug use. Information about national drug use must

be obtained by survey. Insurance companies maintain databases of information about prescription claims reimbursed for beneficiaries, but patterns of prescribing and the use of prescription drugs can currently be analyzed only within the database created by each insurer. The *National Prescription Drug Information Model* (NA201) and the *Options for Prescription Drug Utilization Study (OPUS)* (NA235) tested the feasibility of establishing a national database. They found that many of the requirements could be met with relatively little effort, but the main stumbling block for usefulness was the inability of the database to link to other health data such as health status.

The several B.C. projects grouped under *British Columbia Pharmacare Health Transition Project* (BC201-01 to 08), using the PharmaNet database to identify and randomize potential study subjects, all found the system useful and were apparently able to deal successfully with issues of patient confidentiality. According to *The Patient Outreach Project: Community Pharmacy-Based Assessment of Patient Therapy* (BC201-07), identifying patients in this way did not involve a release of patient information outside the PharmaNet system. In addition, when questioned, the majority of patients found that pharmacists' use of the PharmaNet database to identify individuals with potential problems was acceptable from a privacy point of view (BC201-07).

3.4 Health Outcomes

It is often difficult to show an improvement in the health status of a group of patients even when the intervention has substantially improved their drug treatment. For example, the *Randomized Trial Evaluating Expanded Role of Pharmacists for Seniors Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario* (ON221) demonstrated that a pharmacist may recognize drug-related problems and intervene successfully, causing a physician to make prescribing changes, but there may be no improvement in the quality of life of the

patients and no change in the number of patients reporting a medication problem. However, the *Primary Health Care Collectives: Improving the Quality of Medication Use in the Community* project (AB301-27) showed that when patients taking an average of five drugs improved their adherence to prescribed medication regimens, no further decline in their health status was observed, even though some of the patients had been identified as declining in health status at the outset of the study.

The Impact of Asthma Care Protocol, Administered by Trained Community Pharmacists, on Improving Outcomes in Adult Asthma project (BC201-08) resulted in better asthma control for patients receiving the intervention than for the control patients: symptoms decreased, pulmonary function increased, days off work or school decreased (not significantly), rescue inhaler use decreased, and quality of life improved.

When a change in pharmacotherapy regulation is imposed, it is important to ensure that little or no negative health impact results. To test the impact of a change, the *Evaluation of the Feasibility of a Randomized Controlled Trial of a Drug Reimbursement Policy Change During Implementation* project (BC201-05) used a sample of physicians (and all their patients) who were exempted from the implementation of the policy for a six-month period. The researchers wanted to see if there was any negative change in the health of the subjects who switched to the new treatment. Deteriorations in health can often be seen relatively quickly by an increased use of other, non-drug health services and would be reflected in an increase in the use of other rescue-type medications, physician services, or emergency or inpatient care. In other words, savings in drug costs can be shifted to another area of the health care system, resulting in no net savings or, in some cases, a net increase in health care costs. The evidence from the study about emergency visits and hospital stays is still unclear and awaits further analysis. However, few cost or health changes

were seen, with the exception of some increase in the cost if not the frequency of physician services in the group subject to the substitution policy.

3.5 Cost-Effectiveness

There was little information on cost-effectiveness of the various interventions studied in the pharmacotherapy report series. Cost savings may be realized from policy changes, but not always to the extent predicted. In BC201-05, although savings of \$3 million over a one-year period were projected, a review found savings of roughly \$1 million.

Several provinces are placing increasing reliance on economic evaluation tools to increase the efficiency of their drug insurance programs. When a manufacturer seeks to have its drug included as a benefit, it generally provides the evidence upon which the assessments are made. This evidence is generally based upon data from clinical trials, not data from real-life use. This is not surprising, because in most cases the new drug has not been on the market long enough for real-life data to be gathered. The *Evaluation of Provincial Procedures for Drug Listing* project (NA246) found that most drug plans base their assessments of the cost impact of the new drug on their drug plan budget alone, without doing an overall evaluation of the potential costs to the overall provincial health care budget and without looking at the cost impact on patients.

The International Experience with Pharmacare: Lessons for Canada project (NA236) discussed the international use of economic evaluation. This type of assessment forms part of the process of product review for insurance subsidy in Australia and New Zealand. Other countries use these analyses on a more limited basis (United Kingdom, Sweden, France) or are just in the process of implementing them (the Netherlands).

NA246 points out that economic evaluation in Canada (by five provincial drug programs: British Columbia, Alberta, Ontario, Quebec, and New Brunswick) lacks

transparency. A lack of transparency also exists in international programs; only the United Kingdom body deems the information to be public (NA236). This lack of transparency, which is endemic in the Canadian review process for medications at all levels,¹⁴ leads to inconsistencies in decision-making and inequalities in medication coverage for insured individuals in different programs. NA246 makes several recommendations, including:

- a joint review of prescription drugs' comparative efficacy, safety, and effectiveness;
- a national committee ensuring adequate cost-effectiveness analyses;
- the inclusion of experts in pharmaco-economic evaluation on provincial drug program review committees;
- requirements for Phase IV studies¹⁵ of new medications after their introduction to determine real-life, population-based health outcomes and cost impact;
- the authorization to market being conditional on achieving desired levels of cost-effectiveness, and safety;
- the increased involvement of the public and health practitioners in the review process and decisions; and
- increased transparency in the review process.

3.6 Transferability/Generalizability

The positive effects of the body of HTF pharmacotherapy research will include the availability of research tools and educational materials that have been developed by the projects and can be used as is or adapted to other situations. Many of the patient and physician education studies have appropriate materials attached, together with relevance reviews from participants. For example, *The Better Prescribing Project* (BC201-02) and *An Evaluation of a Randomized*

Controlled Project on Asthma Education in B.C. (BC201-06) prepared educational materials for physicians to improve prescribing practices and for patients with asthma to improve their disease control, respectively. The *How to Link Policy to Evidence* project (BC201-05, part 2) created a four-part manual that shows health bureaucrats how to link policy to research evidence.

Certainly the results of the studies cannot always be generalized to other settings, other groups, and other interventions. In patient education there may be difficulties in generalizing the results to all groups. Patient groups differ according to demographics, health status, attitudes, and medication adherence. In the *Women's Health in the Mid-Life Years* project (BC201-03), the special needs of certain groups were highlighted. In particular, First Nations women desired smaller groups organized in their own communities, and women with disabilities had specific needs related to the overriding difficulties associated with their conditions.

It is often easy to see a positive short-term impact of an education program on individuals who have participated in the program. The difficulty resides in maintaining that impact, which usually requires continuing effort and expense. *The Patient Outreach Project: Community Pharmacy-Based Assessment of Patient Therapy* (BC201-07) confirmed that the development and use of patient information is desirable and feasible, at least for patients and health professionals who participated in the study. However, even in these motivated individuals, areas of conflict arise, particularly with respect to the difference in the

14. Not just in Canada; in most countries the reviews of medications conducted prior to the approval of sale of prescription drugs are not transparent.

15. A Phase IV study is one that is conducted after a medication is approved for marketing. Generally the objective is to determine the risks and benefits of the medication under conditions of normal use.

amount of information the patient expresses interest in receiving (more) and the amount the physician and pharmacist are interested in providing (less).

On a national scale, NA221 demonstrated some important difficulties in accessing information and timeliness for research purposes. Problem prescribers of benzodiazepines could not be easily identified in five of the provinces. In two provinces, the information is considered confidential. Thus it appears that in two jurisdictions the confidentiality of data, inasmuch as it pertains to health professionals, outweighs the importance of the health of the public. Three provinces suffered from the delayed updating of their database sets (two to three times per year), making timely information difficult to access. Studies had not even started in two provinces because of extremely slow ethics approval processes.

3.7 Control of Pharmaceutical Spending

Deregulating the pharmaceutical market by injecting more private funding would take Canada further away from the model of largely public financing of pharmaceuticals found in most developed countries (generally less expensive and more equitable) and closer to the U.S. model (more expensive and less equitable). Expenditures on pharmaceuticals have been increasing in most developed countries at a rate exceeding that of other health care sectors, but Canada and the United States have been doing relatively poorly in controlling that increase.

According to the *International Experience with Pharmacare: Lessons for Canada* project (NA236), Canadian per capita spending on pharmaceuticals is less than that of France and the United States, but greater than that of Germany, Australia, the Netherlands, New Zealand, Sweden, and the United Kingdom. Leaving aside the U.S. model, most of these other countries set policies for drugs on a national basis,

in contrast to Canada's regional policies. Public levels of financing drugs are all higher than in Canada. The role of private insurance is essentially non-existent in the United Kingdom and in Sweden and covers about 9 per cent of the population in Germany, one third of the Dutch population, and co-payments for the public insurance fund for about 80 per cent of the French populace.

As NA236 points out, governments attempt to balance their three roles of:

- promoter and guardian of the health of the population (reviewing drugs before they are allowed to be sold and regulating conditions of marketing);
- promoter of industrial growth and strength (through attracting and retaining research-intensive businesses); and
- payer of a certain portion of prescription drugs for consumers (through partial or complete reimbursement of prescription drug costs for particular groups).

As noted in NA236 and the *Canadians' Access to Insurance Coverage for Prescription Medicines* project (NA202), Canadian programs tend to focus on the following tools to control the cost of their public drug insurance programs:

- limiting the persons eligible for insurance coverage (senior citizens, social assistance recipients, and individuals with health conditions subject to high treatment costs generally qualify for public insurance program coverage, although this varies across the country);
- limiting the benefits available for reimbursement (most programs list the prescribed drugs that can be included; some plans attempt to influence prescribing practices by promoting prescribing guidelines);

- holding down the prices of the listed products (some drug plans negotiate prices with manufacturers); and
- requiring beneficiaries to share costs.

Other tools and other ways of controlling costs are possible. NA236 reviewed a number of the approaches used in other jurisdictions.

3.7.1 Direct Approaches to Controlling Spending

Countries can use price or cost management by actively negotiating or setting drug prices, reimbursement amounts, or profits. Limiting the benefits packages of their insurance programs for drugs is another technique; this restricts the conditions under which newer, more expensive pharmaceuticals can be prescribed in place of older, less expensive medicines. Germany, the United Kingdom, and Sweden all have national negative lists (a list of drugs that are not considered benefits). France, Australia, New Zealand, and the Netherlands all have positive lists (a list of drugs considered benefits), and Sweden is developing them on a regional basis. Other direct tools are also used:

- promotion of generic substitutes for off-patent products (United Kingdom, Germany, Netherlands, France);
- automatic substitution of generic products (Sweden, United Kingdom, Netherlands, France); and
- therapeutic reference-based pricing (Germany, Netherlands, New Zealand).

In most of these countries, pharmaco-economic analysis¹⁶ is increasingly being used to assess the added value of a new drug. And, as mentioned earlier, only the United States and France have drug costs higher than Canada's.

3.7.2 Indirect Approaches to Controlling Spending

The United Kingdom, Germany,¹⁷ and New Zealand use drug budgets for physicians as a spending control, but NA236 found that their overall health spending effects and health outcome effects have not been well studied. Increased cost-sharing has been shown to have negative impacts on health outcomes, particularly for low-income earners. France, Australia, and New Zealand contract with industry in a way that "renders the manufacturer vulnerable to financial risk should higher-than-anticipated expenditures be incurred" (NA236, p. 25). These risks involve some sort of payback or decrease in reimbursement if the price-volume agreements are exceeded.

3.8 Direct-to-Consumer Advertising (DTCA)

According to *An Assessment of the Health System Impacts of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines* (NA250), policy-makers should be wary of allowing direct-to-consumer advertising (DTCA) for prescription drugs and on guard for the negative effects (in cost and health terms) on pharmacotherapy. Current Canadian law does not allow DTCA of prescription drugs; however, spillover advertising can be seen on American television stations, and it seems to have had an effect. "The 14 drugs [mentioned by drug name as having been requested in the past by three or more patients] represent 43 per cent of specified product requests. Most have been advertised

16. The economic evaluation of pharmaceuticals; includes the following types of analyses: cost-effectiveness (measure the consequences in natural units, such as individuals found symptom-free), cost-benefit (translates the consequences into money terms), or cost-utility analyses (sometimes considered a variant of cost-effectiveness analyses, the consequences are adjusted by utility or health state preference scores) (Drummond et al. 1997, 2nd edition).

17. Germany has not yet imposed financial penalties, though budgets have been exceeded on several occasions.

to the public, and half were among the 25 drugs with the highest DTCA budgets in the U.S. in 1999" (NA250 part 3, p. 20). A Vancouver survey found that only 10 per cent of the patients surveyed in physician offices had not seen a direct-to-consumer ad for a prescription drug within the previous year; 30 per cent had seen 10 or more products advertised (NA250, part 1). If advertising were to be beneficial, the result would be consumers who were more informed, using needed treatments, and more compliant to treatment. However, the reality of this type of advertising is that it contains more emotive than factual messages, and the factual components tend to be "selective, subjective and misleading" (NA250 part 2). Providing information that is just as accessible and is seen by as great a proportion of the public to balance this onslaught of promotion from the pharmaceutical industry would require considerable effort and expenditure.

and physicians indicated they would recommend increased collaboration to their colleagues. Health professionals (physicians, pharmacists, home care workers) involved in *Primary Health Care Collectives: Improving the Quality of Medication Use in the Community* (AB301-27) expressed a preference for this approach and a more positive view of their colleagues, whereas physicians and pharmacists developing patient-oriented guidelines in *Canada Drug Guide: A Pilot Study* (NA204) indicated a high degree of satisfaction with the quality of the materials produced (over 80 per cent), which they found useful and helpful for their patients (over 90 per cent).

In contrast, lack of collaboration may lead to a less generous view of the role of other professionals. Changes in current roles in the health care system, even when a positive impact can be predicted on health outcomes and cost-effectiveness, are not always easily accepted by other players. When physicians, pharmacists, and patients responded to questionnaires prepared by the *Potential Pharmacist-Directed Strategies and Reimbursement Mechanisms* project (ON 223), which explored the possibility of a changing role for pharmacists, the attitude of physicians was less than positive. "While patients recognized that pharmacists had a specialized set of knowledge, physicians were less convinced. This may reflect the relative amount of time spent in contact with the pharmacist. It may also reflect the different criteria and knowledge base that physicians apply in judging pharmacists' abilities" (p. 7).

The results of the HTF studies emphasize the importance of interdisciplinary collaboration and interaction among health care professionals if changes in currently defined roles are to be implemented smoothly.



When health care professionals from different disciplines work together, the result is increased satisfaction and understanding of the role of their colleagues. Family physicians participating in the *Randomized Trial Evaluating Expanded Role of Pharmacists for Seniors Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario* project (ON221) expressed a more positive view of pharmacists and a greater appreciation for their potential role. The physicians felt that they had learned from the experience and the information gained could be used in the treatment of other patients, and both pharmacists

1. Implications for Policy and Practice

5.1 Myriad and Separate Financing and Policy-Making Groups

A number of the HTF studies touched on the problems endemic to the plurality of the Canadian health care system, particularly in relation to pharmacare and pharmacotherapy. For example, there were regional differences in prescribing guidelines, in standards of drug insurance coverage, and in access to research data. There is considerable scope for reducing the duplication of effort, confusion, and inequity. Joint policies also would allow for considerably greater political, regulatory, and negotiating power when dealing with professional associations and international corporations.

It would be useful, initially, to implement specific, generally accepted, sure-win policies, achievable in the short term, that would address interprovincial cooperation. The resolution of more complex issues could be built on these successes.

5.2 Professionals Working Together

The HTF projects do not give credence to one old saying: among health care professionals, familiarity does not breed contempt. Professionals from different backgrounds, working together, increase their satisfaction and understand better their colleagues' strengths. It is interesting, albeit not surprising, that this positive appreciation, obtained in real working conditions, contrasts with observations from surveys that collect judgments and impressions not based on concrete common endeavours.

These HTF studies demonstrate that barriers can be broken and that mutual respect, a team approach, and

"sharing" the patient (so the patient's "many parts" become a "whole") can be achieved by working together, and this can be facilitated by health professionals training together as early as possible in their respective curricula.

Future policy directions helping to bring professionals closer together in a real sense should therefore receive a high priority. Special emphasis should be given to projects in the community; this environment certainly appears to be the most difficult in which to create links of mutual co-operation and understanding. The ambulatory care community is the least familiar with the changes in training and practice that pharmacists have been undergoing during the last decade. Projects that facilitate earlier encounters of physicians and pharmacists (and nurses and inhalotherapists and ...) at the training level should therefore also be given special attention.

5.3 Information About Drugs: Patients and Professionals' Perspectives

The HTF studies dealing with improving patients' understanding of the nature of their disease and pharmacotherapy seem to show disparities between the perceptions of patients and professionals, and even among professionals. In general, given appropriate information, patients adapt to changes in their therapy or are motivated to better control their disease status; they feel more confident in making appropriate decisions about their medication, changes in lifestyles, and so on. However, patients want more than to be given appropriate information: they want to contribute to its elaboration (e.g., the development of guidelines and of criteria for reimbursement). The participatory approach seems to be a requirement for the successful implementation of guidelines. Patients want to be assured that the information they receive is credible and understandable and that it includes options, benefits, and risks.

Under the same circumstances, this is exactly what health professionals would ask for. However, they still show concerns about the impact of the disclosure of full information (even if many of their patients can get it from the internet!). Future projects and policies should look at bridging gaps not only among professionals, but also between professionals' perceptions and patients' expressed needs for pertinent and usable information. It would be interesting to know whether the concerns of the professionals relate more to outcome issues or to perceived difficulties with increased requests for more of their time.

Patients need credible, pertinent, and understandable sources of information, just as health professionals do, because they are increasingly involved in choosing treatment. The pharmaceutical industry cannot be expected to play the role of provider of this information because detailing to health practitioners may be informative but is not formative. The U.S. experience shows that direct-to-consumer advertising (DTCA) distorts the physician–patient relationship; it also distorts the health care system by increasing drug volume and total sales (\$5 of sales for every \$1 invested) for the advertised patented or single-source products to the detriment of non-drug interventions and generic products. Future directions could include:

- identifying options for collecting, preparing, and disseminating unbiased and pertinent information;
- identifying the benefits to be derived from intra- and inter-professional linkages in the pursuit of seamless care; and
- identifying options for their financing.

Furthermore, regulators should put the burden of proof of DTCA benefits exclusively on the pharmaceutical industry, if that industry wants to force changes to present legislation in Canada.

5.4 Quality of Professional Practice

Competency and the quality of practice of health professionals, as well as the tools to support them, should be the responsibility of academia, licensing bodies, and governmental authorities, whose objectives should be similar: optimal knowledge, skills, and attitudes for optimal care at optimal costs. Although there are many approaches to achieve this, the HTF studies indicate that they should include good clinical practice standards (guidelines in some areas, but regulatory changes in areas difficult to affect by guidelines), feedback (prescribing/dispensing profiles), and academic detailing.

Not only was there a low participation of physicians in the HTF projects addressing benzodiazepine use (does this reflect a lack of interest and concern?), but there were also no changes seen, even in the province where the rate of enrolment was the highest. Worse, one intervention resulted in an increase of benzodiazepine prescribing (from a group theoretically most amenable to change!).

Judging from the previous studies, academic detailing using good clinical practice guidelines appears to be an important avenue for influencing prescribing, albeit limited in effect. One of the factors preventing greater impact could be the multiplicity and inconsistency of such guidelines. Another factor could be that many guidelines do not result from a rigorous development process, do not represent a multi-disciplinary consensus panel, did not include patients' participation, and do not include incentives for their use. It would be appropriate to improve what we have and do now before adding anything. Is this not the right time for the provinces to jointly mandate an overall strategic plan for developing and implementing pertinent and credible guidelines? Commenting on the findings of NA203, Steven Lewis summed up the CPG issue succinctly:

“[Clinical practice guidelines], even great CPGs, are ignored because there is neither reward for following them nor penalty for ignoring them.... It is inevitable that the production of multiple CPGs on the same topic will be confusing, will lead to selective adoption of practices that reflect preferences and prejudices rather than evidence-based judgment and will create yet another excuse to do nothing about practice variations and perverse incentives. If we are to persist in the CPG business, there should be one Canadian guideline for each area, nationally produced, federally funded and compatible with the criteria contained in the Appraisal Instrument for Clinical Guidelines. If practitioners are going to ignore CPGs, they might as well ignore the best.” (Lewis 2001, 165:180-181)

Overall, the results of educational initiatives influencing professional practice using CPGs and academic detailing were of limited effectiveness. Other policies, such as regulatory change and financial incentives, could be explored, as the costs of matching industry efforts to influence prescribing may be high, and the results modest.

5.5 Accessibility

It is surprising to realize that 10 per cent of Canadians are underinsured for prescription drugs. Four main predictors for lack of drug insurance have been identified: income, occupational category, education, and province of residence. Among the economically disadvantaged, increased charges for prescription drugs have the effect of lowering prescription drug use, which in turn may have deleterious effects on their health and increase their use of other health services.

The fact that some groups and individuals are not covered by the drug insurance programs may have “beneficial” impacts on the various insurance plan budgets, but what about budgetary impacts from non-drug components? There is a correlation between decreased accessibility to drugs and increased use of

other medical services, so overall health costs may be increased. Is it tolerable that individuals are provided full access to medical services but limited access to drugs, whose purpose in many cases is to decrease the recourse to such medical services?

An unfortunate aspect of the HTF studies was the short time period for their completion, with the result that many of the researchers were unable to complete impact evaluations on health care resource use. Future research should focus on the impacts of policies on health care resource use to evaluate whether economic considerations (if ethical ones do not prevail) might be an additional incentive to eliminate the discriminatory access to prescription drug insurance.

5.6 Control of Pharmaceutical Spending

The government roles of ensuring optimal pharmacotherapy for the population, controlling health care budgets, and creating an atmosphere conducive to pharmaceutical industry research and development (R&D) investment are in conflict. Is it the role of health care policies or that of taxation policies to encourage R&D? We are not recommending increased cost-sharing from consumers. Although injecting more money from private sources into the medicines sector of health care will help contain pharmacare budgets and satisfy the manufacturing industry, it will also bring Canada closer to the U.S. system model, the most inefficient and inequitable of the systems studied. Judging from international examples, there is no reason to believe that additional funds will increase health outcomes. Instead, we should explore international examples of budget controls for pharmacare programs, such as negotiation with industry to share the risk of program cost increases and drug budgets for physicians. These policies would be easier to implement if the provinces were able to use a joint approach. Joint policies and regulations by the administrative bodies responsible for

pharmacotherapy policy and pharmacare programs would decrease duplication and confusion and allow for greater negotiating power with professional associations and industry. (This might, however, be seen as reducing the autonomy of these bodies.)

6. Conclusion

 In general, the HTF studies have confirmed, using Canadian research, a number of approaches to improving pharmacotherapy that have been used in other jurisdictions. In addition, a few new ideas were explored and new tools were developed.

Interventions leading to better pharmacotherapy generally require some structural change. Teams of health care professionals working together can improve pharmacotherapy and increase professional satisfaction. Since team care is not common in current community practice for physicians and pharmacists, programs occurring during formative and continuing education should focus on co-operation. Academic detailing seems to work best to improve physician prescribing, but it requires time and financial investment from pharmacare programs and may not work in areas of prescribing or drug utilization that are difficult to change. What we need to know is what works in

recalcitrant cases, such as patients who are unable to learn to control their asthma or unable to stop taking benzodiazepines; physicians and pharmacists who are unable or unwilling to change improper prescribing or dispensing practices; and health professionals unable or unwilling to communicate appropriate medication management practices to their patients. For these individuals and in these areas, education does not work; if change is seen to be beneficial and necessary, incentives, special remedial programs, or regulations are needed.

International experience indicates that increasing the current level of private funding in pharmacotherapy is not an option to help manage costs. Ten per cent of the Canadian population is still without adequate insurance. Policies such as negotiation with industry to share the risk of program cost increases and drug budgets for physicians could be explored as budget control options. Joint provincial policies and regulations with these goals would not only decrease duplication and confusion, but would also allow for greater negotiating power.

References

- Angus, D.E., Auer, L., Cloutier, J.E., & Albert, T. (1994). *Sustainable health care for Canada – Summary*. Ottawa: University of Ottawa.
- Bero, L.A., & Lipton, S. (2001). Methods for studying the effects of direct-to-consumer pharmaceutical advertising on health outcomes and health services utilization. Retrieved May 30, 2001, from http://www.hsrnet.com/ASPE/991/papers/Bero_preconf-draft.htm
- Canadian Institute of Health Information. (2001). Total health expenditure by use of funds, 1975 to 2000. Retrieved May 16, 2001, from <http://www.cihi.ca/facts>
- Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS). (2001). Sustainable health care for Canadians. News release from the 42nd Annual Premiers' Conference, Victoria, British Columbia, August 1-3, 2001. Ref: 850-083/016.
- Coambs, R.B., Jensen, P., Her, M.H., Ferguson, B., Jarry, J.L., Wong, J.S.W., & Abrahamsohn, R.V. (1995). *Review of the literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance & inappropriate use of prescription medication in Canada*. Ottawa: Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada.
- Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L., & Torrance, G.W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2nd ed.). Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.
- Federal/Provincial/Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices. (1999). *Drug prices and cost drivers*. Ottawa: The Author.
- Lewis, S.J. (2001). Further disquiet on the guidelines front. *Canadian Medical Association Journal* 165(1), 180-181.
- Patented Medicines Prices Review Board (PMPRB). (1991-2001). Annual Reports from 1990 to 2000. Ottawa: The Author.
- Schommer, J.C., & Hansen, R.S. (2001). A problem well defined is half solved: methodological issues related to the study of direct-to-consumer advertising (DTCA) for prescription drugs." Retrieved January 30, 2001, from http://www.hsrnet.com/ASPE/991/papers/Schommer_Paper.htm.

Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Pharmaceutical Issues

This appendix provides summary information on the HTF projects which were reviewed in the preparation of this document. For further information, please refer to the HTF website (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass).

(NA201) National Prescription Drug Information Model: Phase I (High Level) Feasibility Study

Recipient: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution: \$183,000

This project sought to determine whether a database of national drug use practices and costs might help to contain escalating drug costs and assist public drug plan managers in policy development and program administration. Participants included provincial and federal pharmacare programs, provincial and federal drug insurers, and government and non-government organizations with an interest in drug use. The project succeeded in building a pilot database and in using the database to test the ability to answer stakeholders' questions. Researchers concluded that a national drug use model would be valuable and would be easier to construct than they first thought. Another project (NA235) built on these results and studied the feasibility of compiling claims data into a national prescription drug use database (the OPUS project).

(NA202) Canadians' Access to Insurance Coverage for Prescription Medicines

Recipient: Health Policy and Communications Branch, Health Canada

Contribution: \$300,000

This project reviewed Canadians' access to insurance coverage of prescription drugs. This project also analyzed those who had no or inadequate prescription drug coverage. Volume I of the study describes the features of the various plans as well as relevant circumstances, such as province of residence, socio-economic status, and drug needs. Volume II determines the number of Canadians who, during 1998, had no

or inadequate coverage. One of this project's major findings is that certain groups have a greater portion of out-of-pocket expenses than others do. Those who are particularly vulnerable are young people aged 18 to 24, schizophrenics and others with mental health problems, those whose illness makes them less employable or leads to disability, and those who have a disease requiring new, often costly drug therapies. A key finding was that while 90 per cent of Canadians have some coverage for routine drug expenses, about 10 per cent do not and another 10 per cent are underinsured.

(NA203) National Evaluation of Clinical Practice Guidelines (CPGs)

Recipient: University of Toronto

Contribution: \$170,000

This project evaluated the quality of Canadian clinical practice guidelines (CPGs) that deal with drug prescribing practices and reviewed strategies to implement CPGs in clinical settings. CPGs are systematically developed statements that help physicians make appropriate decisions about health care. The study found that only 19 per cent of the guidelines were recommended for use as they are; another 56 per cent were recommended for use with changes; and 25 per cent were not recommended at all. Researchers concluded that while it is indeed possible to rate CPGs using a valid appraisal instrument, more research is needed to improve prescription practices through CPGs and other cost-effective measures.

(NA204) Canada Drug Guide: A Pilot Study

Recipient: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution: \$400,000

This pilot project is an extensive study of how physicians, pharmacists, and consumers use and are affected by drug information. The two-year study developed and evaluated patient-friendly drug guides concerning three medical conditions: sore throat, osteoporosis, and heartburn. The product was unique because no independent and authoritative source of drug information for patients exists. Patients reported that the guides were easy to understand and influenced their decisions. Also, patients wanted to know reasons for taking a particular drug, treatment options, possible side effects, length of treatment, and costs. Physicians

and pharmacists said they were concerned about information overload, confusion, and patient non-compliance but that the guides helped clarify treatment issues for patients.

(NA221) Benzodiazepine Use in the Elderly

Recipient: Association of Canadian Medical Colleges

Contribution: \$618,455

This national project tested the feasibility of a Canada-wide drug utilization review as well as a continuing medical education (CME) component for primary care physicians concerning appropriate benzodiazepine prescribing. The inappropriate prescribing of benzodiazepines in the elderly has been well documented. All eight provinces with medical schools have adopted their own approach to the issue. Ontario and Quebec were able to identify physicians with potentially inappropriate patterns of prescribing and to tailor education efforts to these individuals on a confidential basis. Interventions in the provinces included seminars, the mailing of written material, and patient education handouts. Four provinces also used academic detailing. Two provinces used interactive small-group CME. The thrust of the initiative in all locations was non-coercive and educational. At the time of reporting, follow-up analysis had been completed only in Newfoundland and Ontario; Newfoundland showed no major change in group prescribing data, and Ontario showed a very modest decline in individual prescriptions to seniors.

(NA227) Do Drug Plans Matter? Effects of Drug Plan Eligibility on Drug Utilization Among the Elderly, Social Assistance Recipients, and the General Population

Recipient: Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

Contribution: \$122,372

This study illuminated the debate over a national pharmacare program by using data from two population health surveys in 10 provinces to predict the influence a national pharmacare program would have on the use of prescription drugs, physician services, and the health status of Canadians. The project identified variations in the extent of prescription drug coverage among the general population and differences in how provinces share costs with seniors and social assistance

recipients. The project then constructed a range of indicator variables and estimate models of prescription drug use for tracking the impact of various types of drug insurance plans along with several socio-economic, demographic, and health variables. It concludes that variations in the extent of drug coverage do not appear to affect drug-use patterns among people of average socio-economic and health status, which suggests that pharmacare would not encourage most Canadians to use substantially more drugs or professional resources. On the other hand, shifting costs from consumer to government could encourage greater medication use by low-income and sick people for whom prices are a barrier to care, which could in turn lead to improved health status.

(NA228) Interprovincial Comparison of Medication Use in Pharmacare—Anti-infective Drugs in Seniors and the General Population

Recipient: Dalhousie University, Halifax

Contribution: \$105,300

This study tested and evaluated a new way of comparing drug use between Canadian jurisdictions – a method that makes adjustment for drugs that come in different strengths, recommended dosages, and formulations. Researchers tested the efficacy of the World Health Organization's defined daily dose (DDD) system for making comparisons on an entire class of drugs, in this case anti-infective agents for oral use (e.g., amoxicillin). They identified individual medications used in three provinces (Nova Scotia, Manitoba, Saskatchewan) in three fiscal years, manually coded them into anatomical therapeutic chemical (ATC) codes, then calculated the number of DDDs of each medication that were filled per 1,000 beneficiaries per year. This allowed them to describe use by province, by drug, and by patient subgroup within both the general population (Manitoba, Saskatchewan) and senior citizen population (Manitoba, Saskatchewan, Nova Scotia). They found that the use of anti-infective agents decreased in Saskatchewan, increased in Nova Scotia, and went down, and then up again, in Manitoba during the three-year study period.

(NA235) Options for Prescription Drug Utilization Study (OPUS)**Recipient: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors****Contribution: \$381,000**

This study evaluated the feasibility of compiling claims data from federal and provincial insurers into a national prescription drug use database. Researchers found that a meaningful, secure dataset would be achieved even if all insurers did not contribute data. Although the database would allow insurers to compare their jurisdiction's performance and plan rules with those in other parts of the country, defining the value of national data was more difficult. The only monetary savings would come from reducing decentralized and/or external data analysis and from policy decisions stemming from data in the repository; all participating insurers would expect to continue their regular analytical practices. However, non-insurer organizations such as working groups, pharmaceutical groups, and CIHI would find value in national drug use data and analysis tools. The authors recommend that the next step should include confirming the participation of insurers and performing a detailed cost-benefit analysis.

(NA236) International Experience with Pharmacare: Lessons for Canada**Recipient: Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton****Contribution: \$93,204**

This study evaluated the drug expenditures of seven western industrialized countries in order to draw lessons about balancing the need to contain the costs of public health insurance programs while ensuring access to pharmaceuticals. The project noted that in wooing pharmaceutical research and development, governments also face corporate demands for concessions to policies designed to manage pharmaceutical expenditures. This broad-ranging study covered economic policies, pharmaceutical industry practices, world trade organization policies, public health insurance programs, and price management strategies. Key findings include the fact that in all countries studied, expenditures on pharmaceuticals are growing at a greater rate than are overall health care expenditures. The report concludes that the challenges facing Canadians regarding pharmaceuticals will be ethical and political. As a result, there will be a need

for setting priorities so as to balance public and private interests, for defining the role of cost-sharing, and for deciding the limits of insurability.

(NA246) Evaluation of Provincial Procedures for Drug Listing Specifically Focused on the Approaches to Cost-Effectiveness**Recipient: Memorial University of Newfoundland****Contribution: \$99,000**

This project evaluated the current processes for listing medications in provincial formularies, paying particular attention to the drug's cost-effectiveness as it applied to the process of acceptance of five new drugs in five provinces (Alberta, British Columbia, New Brunswick, Ontario, and Quebec). A drug was chosen for each of the following five categories: innovative, innovative but somewhat controversial, expensive on a daily basis, expensive on the basis of a large number of patients, and expensive, for uncommon conditions. The evaluation was a cross-sectional observation survey of government and drug company representatives. The survey instruments were four questionnaires in two categories: general objectives about organization, procedures, and data; and drug-specific questions about the experience with the index drugs. The surveys included open-ended questions. The report found that the approach to listing drugs on the provincial formularies is rather unscientific, not evidence-based, not transparent, and inconsistent across the provinces. It makes many recommendations to improve the manner in which provinces list drugs on their formularies.

(NA250) An Assessment of the Health System Impacts of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines**Recipient: Health Policy and Communications Branch, Health Canada****Contribution: \$88,800**

This project had three components examining the impacts of the pharmaceutical industry's advertising of prescription drugs directly to consumers, a practice that is illegal in Canada but common in the United States. Part one of this project explored economic theories to predict the benefit to consumers and the cost consequences of drug advertising and concluded that advertising is not geared to providing objective, verifiable health information but to increasing profit.

In part two, researchers conducted an opinion survey of experts on the impact of direct-to-consumer advertising in Canada, the United States, and New Zealand. They found that advertising, media, and pharmaceutical respondents viewed advertising in a positive light, whereas representatives of other sectors across the health care spectrum did not. In part three, a pilot project was undertaken to compare patient/physician information and attitudes regarding prescription drugs in Vancouver and Sacramento. Its early results indicate that direct-to-consumer advertising has an impact in physicians' offices in Vancouver. More than 30 per cent of those surveyed had seen U.S. advertisements for at least 10 drug products in the previous year, and doctors indicated that they were directly asked to prescribe advertised medications by 6.1 per cent of patients, while 9 per cent either requested a new prescription or raised the possibility of receiving a prescription for medicine they were not already taking.

(NA408) Addressing Prescription Drug Misuse in First Nations Communities

Recipient: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

Contribution: \$165,200

The Red Bank First Nation initiated this two-year pilot project to deal with prescription drug misuse for drugs like Tylenol 3®, cough syrup with codeine, and Ritalin®, which are free, easy to access, and acceptable because they are doctor-prescribed. The project generated a process by the community itself, with the commitment of its political leadership, to address the problem. It devised a non-judgmental team approach, viewing prescription drug misuse as a problem belonging to the entire community. The project staged several focus groups with service providers, community members, and youth; in-depth interviews with community and health representatives exploring factors leading to, and perpetuating, the prescription drug misuse problem; informal meetings; a case study; many workshops; and a video tape. However, the report notes that the undertaking suffered from the absence of a concrete implementation model and from some community resistance.

(AB301-27) Primary Health Care Collectives: Improving the Quality of Medication Use in the Community (Pharmacy)

This project attempted to improve the quality of medication use and medication management by patients and care providers alike. It hoped to achieve these goals by establishing community-based teams, called "collectives," comprised of a physician, a pharmacist, and a home care nurse. The project selected high-risk patients who were, on average, taking five medications, were about 66 years old, and self-reported their health status as poor. The project had mixed results. Patients did access home care services that were previously unavailable to them, and they significantly improved their compliance with medication regimes. In addition, data suggested a trend toward fewer physician and hospital visits, although this finding was not statistically significant. However, the patients' health status did not significantly improve.

(BC201) British Columbia Pharmacare Health Transition Project (PharmaNet)

Recipient: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution: \$3,165,600 – eight substudies

(BC201-01) Sleep and Anxiety Management Project

This project provided family physicians with materials to help them manage sleep and anxiety disorders in older patients in the hope that such material would reduce the prescribing of benzodiazepines, a class of tranquilizers and sleeping pills. The project also examined whether the use of a telephone support line would result in changes in drug prescribing practices. Prescribing of these drugs during the six months prior to the project was compared with prescribing six months after the initiation of project interventions. On the whole, this study found that its hypothesis was not supported.

(BC201-02) The Better Prescribing Project

Helping physicians to improve their drug prescribing practices was the central focus of this project, which sought to use data from two programs to achieve that goal: a national practice-based learning program and PharmaNet, British Columbia's on-line pharmacy database. The project evaluated the impact of education on prescribing for four health conditions: hypertension,

type II diabetes mellitus, otitis media, and congestive heart failure. Researchers developed two educational aids that were given to randomly selected family physicians whose prescribing practices were compared with those of colleagues who were receiving different materials. The study's findings are complex and at times contradictory. The hypertension trial, for example, led to a significant increase in prescriptions for first-line drugs, but other health conditions showed no change. Less than 5 per cent of participants said they intended to improve their prescribing in all four health conditions. Nonetheless, PharmaNet proved to be a powerful tool for providing physicians with individualized prescribing feedback on certain conditions.

(BC201-03) Women's Health in the Mid-Life Years

This project aimed to empower women aged 45 to 65 in five B.C. communities in making key mid-life health decisions through education and community involvement. The project focused on bone health and heart health as well as lifestyle changes and illness prevention strategies related to menopause. Each community tailored its program to its own needs. Some communities used discussion groups, others held conferences; yet others set up newsletters, magazines, and Web pages to inform and involve women. Participants said they gained new knowledge about coping with menopausal symptoms, felt more confident in making decisions, and intended to make major lifestyle changes. Some women, however, felt more confused about the range of options for therapy. A key benefit was the opportunity to socialize and learn about menopause from other women in mid-life. First Nations women did not feel comfortable in larger forums and preferred small groups that they could organize in their own communities.

(BC201-04) Community-Based Asthma Self-Management Program

This study evaluated the impact of specially trained community pharmacists on the health of patients with asthma. Researchers compared the health outcomes of two groups: those who received educational and monitoring services from specially trained pharmacists and those who received services from traditional pharmacists. Researchers followed 350 patients with asthma for at least one year and examined their health outcomes using patient self-reports, pharmacist

reports, and government databases. This was a randomized, controlled trial in which community pharmacists monitored and managed the drug therapy of patients with asthma. Results were expected at the end of 2001.

(BC201-05) Evaluation of the Feasibility of a Randomized Controlled Trial of a Drug Reimbursement Policy Change during Implementation

This two-part pilot project sought to evaluate drug benefits programs in order to make them more evidence-based. Researchers used a B.C. Pharmacare decision in 1999 that introduced a change in coverage for respiratory drugs. In part one, they offered a randomized set of physicians a six-month exemption from Pharmacare's drug policy change and then measured outcomes by assessing the differences in health care utilization and quality of life between patients immediately affected by the policy and the randomized control group of patients served by physicians who were given the optional six-month exemption. Findings indicated that the policy was effective at saving Pharmacare money (an amount estimated at about \$600,000 over the six months, and more than \$1 million over the full year after the policy began). Part two developed a four-part "how-to" manual that set out steps for directors, managers, evaluators, and data systems managers to link policy to evidence in the field of pharmacare issues.

(BC201-06) An Evaluation of a Randomized Controlled Project on Asthma Education in B.C.

This project evaluated the effectiveness of a community-based asthma education program in British Columbia. The project's goal was to assess the feasibility of the education program and to measure the outcomes, including the number of hospitalizations, emergency visits, and physician visits. The study randomly selected community groups, and patients were randomized into education groups to learn self-monitoring, the role of medications, signs of poor asthma control, and so on. Detailed outcomes of this project were not expected until the summer of 2001. Early indications were that enrolled patients benefited from participation. The project recommends that all patients with asthma be encouraged to obtain education regardless of the severity of their condition and that asthma educators be recognized as part of the health care team.

(BC201-07) The Patient Outreach Project: Community Pharmacy-Based Assessment of Patient Therapy

This pilot project used the PharmaNet system in British Columbia to alert pharmacists to patients who may not be taking their prescribed drugs correctly. The project designers flagged patients taking a minimum of five or more concurrent medications. Once alerted, the pharmacist chose a range of intervention options to educate the patient about the medication and its use, including training, reinforcement, and physician contact. The project examined the feasibility and acceptability of the “alerting” system and the feasibility of the outreach program. Key findings indicate that the PharmaNet Alerting System is effective and feasible in a community pharmacy environment and that it is not disruptive to regular work practices. Future analyses will examine the cost-effectiveness of the program.

(BC201-08) The Impact of Asthma Care Protocol, Administered by Trained Community Pharmacists, on Improving Outcomes in Adult Asthma

This project sought to improve the health of asthma patients by giving them better pharmaceutical care. The study was offered to all pharmacists from the Health Outcome Pharmacies co-operative in British Columbia. Participating pharmacists were trained and certified in asthma care, and participating pharmacies were provided with separate counselling rooms. Participants were divided into three groups: those who received basic asthma education, those who received scheduled asthma self-management training sessions, and a control group who received pharmacists' normal level of care. Researchers found that patients in the enhanced care group used 50 per cent less of the medication (inhaled beta-agonists); had 50 per cent fewer symptoms, had a 10 per cent increase in lung function, and benefited from a greater improvement in asthma knowledge than did those receiving a normal level of care. There were no changes in emergency or physician visits or in hospitalizations but asthma-related visits decreased in the enhanced care group. Patient satisfaction with services was very high in both groups. Although pharmacists were pleased with their patients' improved health status, they were unhappy about the demands on their time and resources and by some patients' non-compliance.

(ON221) Randomized Trial Evaluating Expanded-Role of Pharmacists in Seniors Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)**Recipient: McMaster University, Hamilton****Contribution: \$677,860**

The study evaluated a five-month program that linked family physicians with pharmacists trained to provide cognitive, clinical, patient-based care (known as “expanded role pharmacists” or ERPs) in an attempt to optimize drug therapy for seniors. The study used a “cluster randomized control trial design” that involved 889 senior patients, each using five or more medications, in 48 family practices in urban and rural Ontario. The SMART project twinned pharmacists with family physicians in the intervention group, provided access to medical records and patient interviews, facilitated recommendations on identified drug-related problems, and determined over the next five months which recommendations would be implemented. The report notes that the experiment was successful, effective, and reproducible: drug-related problems were identified in 88 per cent of the patients in the intervention group; physicians agreed to implement 84.2 per cent of the recommendations they received; and after five months, 56.5 per cent of those changes had been implemented successfully. The study found no significant differences between the intervention and control groups in terms of mean number of daily medications or medication units, proportions of appropriate or inappropriate drug use, the proportion of patients reporting a problem with their medications, or quality of life. Both physicians and pharmacists said they would recommend the method of collaboration to colleagues.

(ON222) Partners for Appropriate Anti-Infective Community Therapy – Development of a Guideline Dissemination Infrastructure**Recipient: University of Toronto****Contribution: \$150,000**

This study looked at the feasibility of extending an education strategy called PACCT (Partners for Appropriate Anti-infective Community Therapy), which had proven effective in a 1996 pilot, to the whole province in order to combat antibiotic resistance. The project had six objectives: to establish a provincial

network for disseminating evidence-based guidelines and educational materials; to empower family physicians to play a leadership role in improving the use of antibiotics; to contribute to decreasing regional and national bacterial resistance; to promote the appropriate use of anti-infectives; to improve patients' understanding and use of anti-infectives; and to provide an opportunity for enhanced physician-patient-pharmacist communication about drug-related issues. The project developed a provincial network of trained facilitators and supplied them with materials as well as program and evaluation support to give training to primary care providers in their communities. The project was not designed to measure changes in antibiotic prescribing and use. The report draws out the lessons learned and extends their application to suggest that this information dissemination approach could be extended to other primary care best-practice guidelines over a wide geographic area.

(ON223) Potential Pharmacist-Directed Strategies and Reimbursement Mechanisms

Recipient: Centre for Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

Contribution: \$97,992

This project tested the premise that expanding the role of the pharmacist could improve drug therapy and reduce drug-related morbidity and costs. Researchers first deconstructed drug-related decision-making models – which range from paternalistic (decisions made entirely by the physician) to informed (the physician telling the patient what is happening and why) to shared (decisions made jointly by physician and patient) – to arrive at a list of eight potential roles a pharmacist could play. Then they interviewed key stakeholders about drug therapy decision-making and the role and reimbursement of pharmacists. Finally, they devised questions seeking reactions to five possible pharmacist roles, such as providing drug information to physicians, doing personal comprehensive medication assessments, and serving as an independent practitioner. They found that while all three groups generally support the principles of collaborative practice and a more integral role for pharmacists, physicians have more conservative opinions than do patients and pharmacists about the roles that would be acceptable, and they are less comfortable with the possibility of pharmacists having access to medical histories and charts. No

strong concerns were expressed that the provision of any additional or enhanced services would conflict with the pharmacist's business role or would cost the health care system too much money.

(SK221) A Controlled Study of Initiatives to Improve Antibiotic Prescribing and Adherence

Recipient: Saskatchewan Pharmaceutical Association

Contribution: \$309,804

This study sought to determine the most effective combination of physician prescribing and public education initiatives to ensure the best use of antibiotics and to increase adherence to the drug therapy. The researchers targeted family physicians with visits from pharmacists informed about antibiotics ("academic detailing") and used profiling feedback reports on antibiotic prescribing. Researchers also used written and oral communication (through letters and telephone calls) to determine prescribing patterns for community-acquired respiratory-tract infections and to inform patients filling prescriptions about the necessity for compliance. The results of the project indicated little or no significant impact from the interventions. This was a community-based project that faced several challenges, including insufficient physician participation, but researchers said academic detailing was a positive move that enhanced the role of pharmacists.



Cette étude cherchait à déterminer la combinaison la plus efficace des initiatives relatives à la prescription par les médecins et à l'éducation du public en vue de garantir une utilisation optimale des antibiotiques et d'améliorer l'adhésion à la thérapie médicamenteuse. Les chercheurs ciblaient les médecins de famille en leur envoyant des médicaments bien renseignés sur les antibiotiques (formation continue en pharmacothérapie) et ont utilisé des rapports de rétroaction établissant leur profil en matière de prescription d'antibiotiques. Les chercheurs ont également fait appel à la communication écrite et orale (lettres et appels téléphoniques) afin de déterminer les schémas de prescription relatives aux infections respiratoires aiguës dans la collectivité et d'informer les patients de l'impact des interventions établies sur la limite ou les résultats du projet indiquant que l'impact des interventions est très limité ou insuffisant. Ce projet communautaire s'est heurté à plusieurs défis, notamment la participation à plusieurs défis, mais les chercheurs ont déclaré que la formation continue en pharmacothérapie était une initiative positive qui renforçait le rôle des pharmaciens.

Contribution : 309 804 \$

Bénéficiaire : Saskatchewain Pharmaceutical Association

(SK221) Étude, menée dans des conditions contrôlées, d'initiatives visant à améliorer la prescription d'antibiotique et le respect des ordonnances

de formulation utilisant 50 pour cent moins de médicaments (substances béta-agonistes inhalées qui lis avaient 50 pour cent moins de symptômes que la fonction ventilatoire de leurs poumons augmenté de 10 pour cent et que leurs connaissances à l'asthme s'étaient nettement améliorées par rapport aux patients recevant les soins standards). On ne constatait aucun changement au niveau des visites à l'urgence, au médecin ou des hospitalisations mais on observait la diminution des visites reliées à l'asthme chez les membres du groupe recevant les soins améliorés. La satisfaction des patients vis-à-vis des services était élevée dans ces deux groupes. L'une des pharmacies se disent satisfaites de l'amélioration des services de santé de leurs clients, l'autre les plainte de la qualité de leur service et de leur service de pharmacie en matière de Plaingnaire et des exigences du programme de leurs clients. Les deux dernières cliniques ont été fermées.

ON221) Essai sur une base alternative visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des années qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance-médecine en Ontario - Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART) Bénéficiale : McMaster University, Hamilton \$ 677 860 Contribution : 677 860

Cette étude évaluait un programme de cinq mois d'entraînement des partenaires entre des médecins de famille et des pharmaciens formés pour dispenser de soins cognitifs et cliniques axes sur le patient (pharmacien en rôle élargi) afin d'optimiser la thérapie médicale. L'entraînement chez les personnes âgées. Le projet faisait appel à un devis d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en grappes représentant 889 patients âgés dans 18 cabinets de médecine familiale de régions urbaines rurales de l'Ontario. Le projet SMART associait pharmaciens et médecins de famille dans le groupe intervention, donnant accès aux dossier médicaux aux entraîneuses réalisées auprès des patients, facilitait les recommandations sur les problèmes liés aux médicaments et détermrait au cours des cinq mois suivants, lesquelles de ces recommandations seraient mises en œuvre. Le rapport constate que L'expérience est soldée par une réussite, du fait efficace et est difficile : des problèmes liés aux médicaments sont évidemment rencontrés dans la pratique quotidienne, mais le pourcentage de patients qui accepte de prendre des médicaments est de 84,2 pour cent des recommandations d'intervention ; les médecins ont accepté de mettre en œuvre 84,2 pour cent des recommandations d'intervention.

(BC201-08) Impact d'un protocole de soins aux asthmatiques admisitré par des pharmaciens communautaires dumet formes sur l'amélioration des résultats chez les asthmatiques adultes Ce projet cherchait à améliorer la santé des asthmatiques en leur fournitissant de meilleurs soins pharmaceutiques. La participation à une étude offre à l'ensembl des pharmaciens appartenant à la coopérative Health Outcome Pharmacies de C.-B. Les pharmaciens qui ont choisi d'y participer ont suivi une formation spéciale en soins de l'asthme, ont reçu la certification des techniques de consultation privée. Les asthmatiques connexes, et les pharmaciens participants avaient des maladie, ceux qui recevaient l'éducation de base sur leur participation à l'étude ont été divisés en trois groupes : ceux qui recevaient des séances de formation programmes en autoéductions et un groupe contrôle qui recevait le niveau de soins habituellement dispensé par les pharmaciens. Les chercheurs ont découvert que les patients du groupe assisté aux séances

Ce projet pilote trait parti du système PharmAnet de la Colombie-Britannique pour alerter les pharmaciens au sujet de ceux de leurs patients qui ne prennent pas adéquatement leurs médicaments d'ordonnance. Les concepteurs du projet repartient des patients qui prennent des médicaments concordants. Une fois alerté, le pharmacien choisissait parmi un éventail d'interventions en vue d'instruire le patient sur ses médicaments et leur emploi, dont la formation, le renforcement et l'ajustage vers le médecin. Le projet examinait la faisabilité et l'acceptabilité du programme d'alerter les patients examinés dans le milieu des pharmacies communautaires et qu'il ne perturbe pas les pratiques de travail régulières. Des prochaines analyses examineront la rentabilité du programme.

révèlent que la participation au programme a été bénéfique pour les patients concrètes. Le projet recommande que Jon encourage tous les patients atteints d'asthme à suivre cette formation sans égard à la sévérité de leur condition et que les éducateurs membres de l'équipe soignante.

(C201-02) Projet sur l'amélioration de la prescription

Ce projet fournit aux médecins de famille de la documentation en vue de les aider à gérer les troubles du sommeil et de l'anxiété chez les personnes âgées dans l'espoir que cela réduiraît la prescription de benzodiazépines, une classe de tranquillisants et de somnifères. Le projet a également examiné si une stratégie de soutien téléphonique entièrement dédiée aux changements au niveau des pratiques de prescription des médicaments. La prescription de ces médicaments au cours des six mois suivant l'introduction d'une intervention liées au projet. Dans l'ensemble, cette étude a conclu que son hypothèse n'était pas fondée.

(BC201-01) Projet sur la gestion du sommeil

À la base des visites chez le médecin à l'hôpital, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif. En revanche, l'état de santé des patients n'est pas amélioré de façon significative.

Ce projet vise à améliorer l'utilisation et la gestion des médicaments aussi bien chez les patients que chez les prestataires de soins. Il espère attirer les objets en mettant sur pied des équipements communautaires appelés « collectifs », qui se composent d'un médecin, d'un pharmacien et d'une infirmière de soins à domicile. Le projet a sélectionné des patients à risque qui présentent, en moyenne, cinq médicaments différents. Les patients dont l'âge moyen est de 66 ans avaient une mauvaise perception de leur état de santé. Le projet a obtenu des résultats discutables. Les patients ont pu accéder à des services de soins à domicile auxquels ils n'avaient pas accès auparavant. Ils ont amélioré de manière significative l'observance des ordonnances. Les données suggèrent une tendance

amélioration des habitudes de consommation de médicaments dans la collectivité (pharmacie)

codeigniter et la Riptilinie®, qui sont gratuites, d'accès facile et acceptables car ils sont prescrits par le médecin. L'engagement des dirigeants politiques, la volonté d'aborder le problème, il a connu une approche mavaïas esclaves médicalement ordonnancé trait un problème qui appartient à la collectivité tout ensemble. Le projet a organisé plusieurs groupes de membres pour les fournisseurs de services, les membres de la communauté et les jeunes, des entrevues en réflexion pour les fournisseurs de services et des sondages de santé explorant les facteurs qui mènent à la consommation à mauvais escient de ces médicaments et la prévention des récidives en menant des réunions informelles; une étude de cas; de nombreux ateliers; un film vidéo. Les rapports constatent que le projet a souffert de l'absence d'un modèle concret de mise en œuvre et d'une certaine résistance de la part de la collectivité.

(NA408) Intervention face à l'utérasation à mauvais
collectivités des Premières nations
associations de prescription dans les
Bénéficiaire : Direction générale de la Sainte des
Prémices nations et des Inuits, Sainte Canada
Contribution : 165 200 \$

Ce projet a trois volets et examine l'impact de la publicité de médicaments sur ordonnance faite par les pharmaciens, une pratique illégale au Canada mais un phénomène commun aux États-Unis. Le volet 1 du projet explore les théories économiques dans le but de prouver les avantages pour les consommateurs et les conséquences en matière de coûts de la publicité sur les médicaments; la conclusion est que la publicité n'est pas faite pour fournir une information de santé objective et vérifiable mais bien pour augmenter les profits. Dans le volet 2, les chercheurs réalisent une étude quantitative pour déterminer si la publicité canadienne d'opinion apporte des bénéfices sur l'incident. Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande. Ils constatent que les représentants du secteur pharmaceutique détiennent une opinion positive de la publicité à l'opposé des représentants d'autres secteurs du monde de la santé. Pour le volet 3, on a entrepris un projet pilote dans lequel 30 patients de Vancouver, à l'opposé de leurs attitudes réspectives à ce sujet. Les résultats montrent que les médicaments sur ordonnance et les médicaments indiquent qu'à Vancouver, la publicité préliminaire indique que les patients sont disposés à prendre des médicaments au moins 10 fois plus que les patients qui ont soullevé la possibilité de recevoir une prescription des médicaments ayant fait l'objet de publicité, soit que 9 % d'eux recommandent une nouvelle prescription alors que 61 % de leurs patients leur demandent de leur recommander au moins 10 médicaments au cours des deux mois précédents, et les médecins déclarent que 12 fois plus de patients leur demandent de leur recommander des publicités américaines comparées aux consommateurs à une incidence sur les cabines de médecins. Plus de 30 pour cent des répondants avouent régulièrement des publicités américaines. Ces résultats démontrent que les patients sont disposés à prendre des médicaments indiquant qu'à Vancouver, la publicité préliminaire indique que les patients sont disposés à prendre des médicaments sur ordonnance et que les patients recommandent ces médicaments à leurs amis et collègues.

Contribution : \$ 008 88

Bénéficiaire : Direction générale de la Politique de la santé et des communications, Santé Canada

N250) Evaluation des effets, sur le système de santé, de la publicité des médicaments de prescription orientée directement vers le

Sur des résultats probants et qu'elles manquent de transparence et d'uniformité d'une province à l'autre, [] propose de nombreuses améliorations de la manière dont les provinces inscrivent des médicaments dans leurs formulaires.

Ce projet évaluait les processus actuels d'établisse-
ment des listes de médicaments dans les formulaires
provinciaux, en portant une attention particulière à la
rentabilité du médicament dans le rôle qu'il joue au
niveau de l'acceptation de ce type nouveau médicament
dans les provinces (Alberta, Colombie-Britannique,
Nouveau-Brunswick, Ontario, Québec). On a choisi
un médicament pour chacune des cinq catégories
survantes : novateurs, novateurs mais assez controversés,
un grand nombre de patients, onerux – pour des
conditions peu communes. L'évaluation représentait
une enquête d'observation transversale de représentants
des groupements et des sociétés pharmaceutiques.
Les instruments d'enquête étaient quatre questions :
en matière d'organisation, de procédures et de
naires préparatifs en deux catégories : objectifs généraux
rapportant à l'expérience que les répondants avaient
des médicaments imdexés. Les questionnaires se
donnent ; questions relatives aux médicaments se
rapportant à l'expérience que les réponses ouvertes. Le
comportement égalitaire des questions ouvertes. Le
rapport révèle que l'approche utilisée pour établir les
listes de médicaments régulant dans les formulaires

Benevolent: Memorial University of Newfoundland

(NA246) Evaluation des pratiques provinciales concernant l'établissement des listes de médicaments — avec une attention particulière aux approches rentables

concessions sur le plan des politiques de contrôle des dépenses pharmaceutiques. Cette étude de large portée s'est intéressée aux politiques économiques, aux pratiques de l'industrie pharmaceutique, aux politiques de l'Organisation mondiale du commerce, aux programmes publics d'assurance maladie et aux stratégies de contrôle des prix. Parmi les principaux résultats, on remarque que dans tous les pays à l'étude, les dépenses liées aux produits pharmaceutiques ont un rythme de croissance supérieure à celui des dépenses globales relatives aux soins de santé. La conclusion du rapport précise qu'en matière de produits pharmaceutiques, les défis auxquels les Canadiens devront faire face seront d'ordre éthique et politique. Par conséquent, il faudra établir des priorités de manière à garder un juste équilibre entre les intérêts publics et les intérêts privés, à définir le rôle du partage des coûts et à préciser les limites de l'assurabilité.

Le rôle de l'État dans la santé publique est donc double : il doit évaluer les dépenses en médicaments de sept pays occidentaux industrielles afin de tirer des conclusions sur l'équilibre à maintenir entre le besoin de médicaments et les dépenses publiques d'assurance maladie et celle d'accès aux produits pharmaceutiques. Le projet a constaté que lorsqu'il s'encourageant la recherche et le développement de produits pharmaceutiques, les gouvernements doivent aussi faire face aux exigences des grandes sociétés qui réclament des bénéfices.

Contribution: \$ 204 93

Benevolent : Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

a

N236) L'expérience intermédiaire en matière d'assurance-médicaments : leçons à tirer pour le

détermineuses et des dommages et des pertes. Les organisations d'orientations et de stratégies d'acquisition de données sont également utilisées pour suivre leurs pratiques participants de l'organigramme d'archivage, tous les régimes participants prévoient de pourvoir leurs pratiques habituées en matière d'analyse. Cependant, des organisations extrêmes aux régimes d'assurance-médecaments tels que des groupes de travail, des groupes pharmaceutiques et ICIIS apprécieraien grandement les dommages et les anomalies sur l'utilisation des médicaments et les outils d'analyse comme les autres recommandent la confirmation la prochaine étape comprend les règles d'assurance et la participation des cotisants-avantages.

Contribution: \$381 000

N°235) Options Pour L'étude sur l'utilisat ion des médicaments sur ordonnance (OEU) et
Beneficiaire : British Columbia Ministry of Health
and Ministry Responsible for Seniors

Cette étude évaluait la faisabilité de la compilation des données relatives aux demandes de remboursement des régimes d'assurance-médecins fédéraux et provinciaux pour créer une seule base de données nationale sur l'utilisation des médicaments sur ordon-

Les règles d'appartenance à la communauté sont basées sur la contribution. Bien que cette base de données permettrait aux régimes de complaire le rendement et les règles de leur juridiction, il existe un certain nombre de difficultés à ce niveau. Les économies monétaires de la difficulté à recruter la valeur d'un tel ensemble de données nationales. Les économies monétaires de la réduction des analyses

décentralisées et/ou extrêmes des domaines et des

que des groupes de travail, ces groupes prioritaires qui sont les plus sensibles aux TICs apprécierait grandement des dons et utilisations sur l'utilisation des médicaments et les complexes commerciaux. Les autres recommandent que la prochaine étape comprend la confirmation que la participation des régimes d'assurance et la réalisation d'une analyse détaillée des coûts-avantages.

Cette étude évaluait les dépenses en médicaments de sept pays occidentaux industriels afin de tirer des conclusions sur l'équilibre à maintenir entre le besoin de soins et les coûts des programmes publics d'assurance maladie et celui d'assurer l'accès aux produits pharmaceutiques.

de techniques. Le projet a constaté que lorsqu'il s'agit d'encourager l'entrepreneuriat et le développement de produits pharmaceutiques, les gouvernements doivent aussi faire face aux exigences des grandes sociétés qui reclament des

des médicaments individuels utilisés dans trois provinces (Nouvelle-Écosse, Manitoba, Saskatchewan) au cours de trois exercices financiers, leur ont attribué manuellement des codes de classification anatomique thérapeutique chimique, et ont ensuite calculé le nombre de DTO de chaque médicament qu'il avait été prescrits par 1000 bénéficiaires et par an. Ils ont aussi décrété la consommation par province, par médecine et par sous-groupe de patients au sein de la population générale (Manitoba, Saskatchewan) et celle des personnes âgées (Manitoba, Saskatchewan), Nouvelle-Écosse). Ils ont observé qu'au cours des trois années de l'étude, la consommation d'anti-infectieux avait diminué en Saskatchewan, alors que celle en Nouvelle-Écosse, avait baissé plus remonté au Manitoba.

Contribution : 105 300

Benevolent: Dalhousie University, Halifax

(NA228) Projet-pilote pour comparer les médicaments utilisés dans les programmes d'assurance-médecaments - bibliothèques chez les ames et le

socio-économique et un état de santé moyens, ce qui suggère qu'un programme d'assurance-médecaments ne servait pas, pour la majorité des Canadiens, un encouragement à utiliser substantiellement plus de médicaments ou des ressources professionnelles. D'un autre côté, le transfert des coûts du consommateur au gouvernement pourrait stimuler la consommation de médicaments chez les personnes à faible revenu et les malades pour qui le prix est un obstacle aux soins, ce qui pourrait, en bout de ligne, entraîner l'amélioration de leur état de santé.

Contribution: 122 372 \$

(NA227) Les régimes d'assurance-médicalisent sont-ils importants? Effets de l'admission hospitalière sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées, les assistés sociaux et le grand public

Les schémas de prescription établissent potentiellement des différences entre le Québec ont pu identifier les médicaments qui sont adaptés à certaines personnes et ce, de manière confuse. Dans les cas de personnes semi-illitères, l'envoi de matériel informatif à des semillitères, les interventions comprenant une explication détaillée de la pharmacothérapie. Deux autres provinces ont également développé un programme de formation continue en pharmacothérapie. Deux provinces ont mis en place deux séances de FMC interactives pour petits groupes. Dans toutes les régions, l'initiative prendra une forme éducative et non corrective. Au moment d'établir le présent rapport, à Terre-Neuve; dans cette dernière, on ne constate aucun changement important sur le plan des dommages causés par les médicaments collectifs tels que l'Ontario, où n'ont fait une très modeste baisse au niveau des prescriptions individuelles aux alités.

Contribution: \$ 458 618

Les amis (Nazi) L'association des benzodiazépines chez Bénéficiarie : Association des facultés de médecine du Canada

Préoccupé pour les patients se rapportera à trois conditions médicales – angiine, ostéoporose et buralures gastriques. Ces produits traiteront une condition car il existe pour les patients aucune source d'informations existantes. Ces produits traiteront une condition car il existe pour les patients aucune source d'informations existantes. Ces produits traiteront une condition car il existe pour les patients aucune source d'informations existantes. Ces produits traiteront une condition car il existe pour les patients aucune source d'informations existantes. Ces produits traiteront une condition car il existe pour les patients aucune source d'informations existantes.

Contribution : 400 000 \$

(N204) Projet de guide sur les médicaments au Canada : étude pilote
Beneficiary : British Columbia Ministry of Health
and Ministry Responsible for Seniors

les pratiques de prescription par le biais de GPC et d'autres mesures rentables.

L'aide d'un instrument valide et que des recherches qu'il est effectivement possible d'évaluer les GPC à du tout recommandés. Les chercheurs en ont conclu avant d'être utilisés et que 25 pour cent n'étaient pas que 56 pour cent dévient subit des modifications établies en matière de soins de santé. L'étude a permis de découvrir que seulement 19 pour cent des guides qui aident les médecins à prendre des décisions Les GPC sont des énoncés d'élaboration systématique de mise en œuvre des GPC dans les meilleures stratégies clinique (GPC) canadiennes qui ont trait à la prescription (GPC) évalue la qualité des guides de pratique Ce projet a aussi été réalisé dans une évaluation nationale des guides de

Contribution : 170 000 \$

Bénéficiaire : University of Toronto

Pratique clinique

(NA203) Evaluation nationale des guides de

couverture insuffisante.

que 10 % n'en ont aucun et que 10 % ont une régularisation associées aux médicaments, mais aussi bénéficiant d'une couverture pour les dépenses médicamenteuses nouvelles, d'un coût souvent élevé. Une conclusion importante est que 90 % des Canadiens et celles qui souffrent d'une maladie exigent des réduits l'employabilité ou débouchent sur l'invalide attentes de troubles mentaux, celles dont la maladie 18 à 24 ans, les schizophrènes et les autres personnes Les personnes les plus vulnérables sont les jeunes de groupes doivent payer des frais plus élevés que d'autres. principales conclusions du projet est que certains ou bien une couverture imadéquate en 1998. L'une des nombre de Canadiens qui n'avaient aucune couverture matérielle de médicaments. Le volume II détermine le résidence, le statut socio-économique et les besoins en éléments des divers régimes d'assurance-médicaments et les circonstances communes que la province de quatre dans ce domaine. Le volume I de l'étude décrit les éléments examinés pour les personnes qui avaient aucune protection ou une protection insuffisante. Il a également analysé la situation des personnes qui

Ce projet a examiné l'accès des Canadiens à des régimes d'assurance pour les médicaments d'ordonnance. Il a également examiné l'accès communautaire, Santé Canada et la santé et des communications, Santé Canada Bénéficiaire : Direction générale de la politique de

Contribution : 300 000 \$

Bénéficiaire : Direction générale de l'ordonnance

(NA202) Accès Canadiens un régime d'assurance-médicaments d'ordonnance

Amende A : Liste des projets du

EASS touchant les questions

Pharmaciennes

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

Série de rapports de synthèse

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

Le

Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L., & Torrance, G.W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2nd ed.). London, Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.

Federal/Provincial/Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices. (1999). *Drug prices and cost drivers*. Ottawa: L'autre.

Lewis, S.J. (2001). Further dispute on the guidelines front. *Canadian Medical Association Journal* 165, no. 1), 180–181.

Patented Medicines Prices Review Board ((MPRB)). (1991–2001). Annual Reports from 1990 to 2000. Ottawa: L'autre.

Schommer, J.C., & Hansen, R.S. (2001). "A problem well defined is half solved: methodological issues related to the study of direct-to-consumer advertising (DTCA) for prescription drugs." Retrieved January 30, 2001, Available from http://www.hsrnet.com/ASPE/991/papers/Schomme_r_Paper.htm.

Jarry, J.L., Wong, J.S.W., & Abrahamson, R.V. (1995). *Combs, R.B., Jensen, P., Hee, M.H., Ferguson, B., Canada. Review of the literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance to inappropriate use of prescription medication in Canada*. Ottawa: Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada.

Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS). (2001). "Sustainable Health Care for Canadians." News release from the 42nd Annual Premiers' Conference, Victoria, British Columbia, August 1–3, 2001. Ref: 850-083/016.

Canadian Institute of Health Information. (2001). "Total health expenditure by use of funds, 1975 to 2000. Retrieved May 16, 2001." Available from <http://www.chi.ca/facts>. Accessed 01/05/16.

Bero, L.A., & Lippton, S. (2001). "Methods for studying the effects of direct-to-consumer pharmaceutical advertising on health outcomes and health services utilization." Retrieved May 30, 2001, Available from <http://www.hsrnet.com/ASPE/991/>

Angrus, D.E., Auer, L., Cloutier, J.E., & Alber, T. (1994). *Sustainable health care for Canada – Summary*. Ottawa: University of Ottawa.

Ouvrages de référence

Les interventions débouchant sur une amélioration de la pharmacothérapie nécessitent en général des changements structurels. Des équipements de professionnels de santé peuvent améliorer la pharmacothérapie et accroître la satisfaction de ces intervenants. Comme le travail d'équipe n'est pas commun actuellement entre les médecins et les pharmaciens locaux, les programmes de formation universitaire et continue doivent mettre l'accent sur la coopération. La formation continue en pharmacothérapie semble être l'outil pour améliorer les pratiques de meilleure qualité en pharmacothérapie. La formation continue des programmes de pharmacothérapie-médecins-université des fonds; elle risque de ne pas fonctionner dans les domaines où il est difficile de changer les méthodes de prescription ou d'utilisation des médicaments. Nous devons savoir ce qui marche face aux recalitrants (par exemple, les patients qui sont incapables d'apprendre à contrôler leur asthme

n général, les autres des études du FRS ont confirmé, en se fondant sur les recherches canadiennes, qu'il y a diverses matières d'améliorer la pharmacothérapie employée ailleurs dans le monde. En outre, ils ont examiné quelques nouvelles idées et conclu de nouveaux outils.

Conclusion

5.6 Limitation des dépenses pharmaceutiques

Les rôles que le gouvernement se donne pourraient être limités par la recherche-développement (R-D). Bientôt en contexte qu'il encourage l'industrie pharmaceutique à investir dans des budgets des soins de santé, et créer un environnement qui sur la santé les autres. Dot-on recourt aux politiques encourager la R-D? Nous ne recommandons pas non plus d'accroître la quote-part payée par les consommateurs. En autorisant des sources privées à injecter Canada se rapprochera aussi du modèle américain, mais le de ces derniers et l'on satisfera les fabricants, mais le plus efficace et le plus inéquitable de tous les systèmes étudiés. Si l'on tient aux exemples observés à l'étranger, rien ne porte à croire que l'ajout de fonds améliorera les résultats pour la santé. Il nous faut des pays qui contrôlent leurs budgets, notamment en négociant avec l'industrie pour paragraphe avec elle le résultat étudier les régimes d'assurance-médecaments pluriel des pays qui contrôlent leurs budgets, notamment en triisque de la hausse des coûts et en fixant des budgets aux médecins au chapitre des médicaments. De tels outils serviront plus facilement à mettre en œuvre si les programmes parvenaient à adopter une démarche commune. Si les organismes administratifs responsables de la politique sur la pharmacothérapie et des associations professionnelles et l'industrie. D'autre part, pourraient cependant penser que cela rendrait les associations de pharmaciens de chevau-chement et de confusion, et ils aurait des politiques et des règlements communs, il y aurait des programmes d'assurance-médecaments adopter

Le fait que certains groupes et particuliers ne soient pas couverts par les programmes d'assurance maladie peut avoir des effets « bénéfiques » sur les budgets de ces programmes. Mais que dire des effets sur les budgets du recours aux compositions systématique n'intéressant pas les médicaliens ? Il existe une corrélation entre la diminution de l'accès à l'hôpital et une diminution du budget de ces programmes. Mais que dire des effets sur les budgets du recours aux compositions médicales, si bien que l'utilisation accrue des autres services médicaux, mais un accès limité aux services médicaux, dont le but, dans bien des cas, est précisément de réduire le recours aux services en question ?

5.5 Accessibilité

de prescription, il faudrait sans doute enagager des fonds considérables, et les résultats risqueraient d'être modestes malgré tout.

Les pratiques de l'industrie en vue d'implanter sur les marchés internationaux sont pour la plupart semblables (voir figure 1). Les stratégies de développement des marchés internationaux sont cependant très variées.

Dans l'ensemble, les initiatives éducatives lancées pour influer sur les pratiques des professionnels, avec des LDPC et la formation continue en pharmacothérapie, ont été peu efficaces. Il convient d'examiner d'autres moyens (par exemple, la modification des éléments et l'adoption de mesures financières

par un organe national, financée par un programme fédéral et compilable avec les critères énoncés dans l'instrument d'évaluation des lignes directrices cliniques. Si les praticiens doivent passer outre aux LDPG, pourquoi ne pas passer outre aux meilleures d'elles? » (Lewis, 2001).

élément incitant les praticiens à les appliquer. Il dessine nous raisons déjà, avant d'ajouter qu'il que ce soit. Le moment n'est-il pas tout indiqué pour que des provinces dressent ensemble un plan stratégique global en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des constatations issues du projet NAO203, Steven Lewis rappelle succinctement le débat sur la question des lignes directrices concernant les pratiques cliniques qui résume succinctement le débat sur la question des lignes directrices concernant les pratiques cliniques qui sont excellentes, parce qu'il y a ni récompense ni punition pour ceux qui les suivent, ni punition pour ceux qui les ignorent. [...] Il est invitables que la production de multiples LDPC sur le même engendre la confusion, aboutisse à l'adoption sélective de pratiques correspondant aux préférences et aux préjugés sur les faits, et donne lieu à une autre excuse pour ne rien faire au sujet de la variation des pratiques aux techniques de L'utilisatuer plutôt qu'à un jugement préjudiciables de L'utilisatuer.

des lignes directrices et à leur manque d'uniformité. Un autre facteur réside sans doute dans le fait que de nombreux lignes directrices ne sont pas issues d'un rigoureux processus d'élaboration, qu'elles n'ont pas été formulées par un comité consensuel multi-disciplinaire, qu'elles ont été redigées sans la participation des patients et qu'elles ne comportent aucun

À en juger par les études antérieures, la formation continue en pharmacothérapie utilisant des lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires, semble constituer un outil efficace pour influer sur les méthodes de prescription, bien que les effets en soient moins évidents.

Peu de médecins ont participé aux projets du FASS portant sur l'utilisation des benzodiazépines (cela révèle-t-il un manque d'intérêt), et aucun changement n'a été observé, même dans la province où le taux de participation a été le plus élevé. Pire encore, une intervention semble avoir eu un effet négatif sur les prescriptions de ces médicaments (par un groupe particulièrement enclin, en théorie, à favoriser le partage).

5.4 Qualité de la pratique professionnelle

- cerner les avantages d'un établissement des liens interprofessionnels et interprofessionnelles pour la création d'un système continu de soins; et
 - définir les moyens de financer ces avantages.
 - En outre, les agents de réglementation devraient imputer entièrement à l'industrie pharmaceutique le soutien de prouver que la PDC a des avantages, si elle veut obligé le Canada à modifier ses lois actuelles.

de diffuser des renseignements objectifs et pertinents;

- trouver diverses façons de recueillir, de préparer et

On pourrait envisager les solutions suivantes :

et des produits génériques.

au déterminant des interventions non thérapéutiques brevets ou à fournisseur exclusif qui sont annoncés,

(des ventes de 5 \$ pour chaque dollar investi)

croître le volume et les ventes totales des médicaments déforme aussi le régime des soins de santé en faisant déformer la relation entre le médecin et le patient; elle s'adresse aux patients directement aux consommateurs (PDC).

L'expérience américaine montre que la publicité

être informatives, mais il ne soit pas formelles.

communiquées aux praticiens, car les détails

fournis ces renseignements, car il suffit de faire attention de l'industrie pharmaceutique qu'elle

de plus en plus au choix du traitement. Il ne faut pas les besoins et compréhensibles, car il suffit de faire attention de sources de renseignements crédibles,

Tout comme les professionnels de la santé, les patients ont besoin de renseignements détaillés.

une plus grande part de leur temps.

leur esprit, l'accroissement des demandes exigeant matérielle de santé due aux difficultés due suscite, dans

professionnels se rappor tent plus aux résultats en II serait intéressant de savoir si les préoccupations des

réclament des renseignements pertinents et utilisables.

dernières et les besoins exprimés par les patients qui

professionnelles, mais aussi entre les pratiques de ces

politiques, viser à combler le fossé qui existe entre les

patients, il faudrait, en concentrant des projets et des

renseignements (même si bon nombre de tous

toujours des conséquences de la divulgation de leurs

de la santé demanderait. Cependant, il suffit d'interroger

criconstances, c'est exactement ce que les professionnels

II est intéressant de constater que, dans les mêmes

les options, les avantages et les risques.

Les patients veulent être sûrs que les renseignements sont crédibles et compréhensibles et qu'ils présentent

la réussite participative semble nécessaire pour garantir

directrices, des critères de remboursement, etc.). La

contribuer à leur élaboration (réécriture des lignes

des renseignements appropriés : ils souhaitent aussi Toutefois, ils ne veulent pas simplement recevoir des changements à faire dans leur mode de vie, etc.

prendre les bonnes décisions au sujet de leur médication, contrôler leur maladie; ils sont plus sûrs de pouvoir

changer leurs apports à leur thérapie ou veulent mieux des renseignements approfondis, ils s'adaptent aux

eux-mêmes. En général, les patients montrent qu'avec des professions, voire entre celles des professions des malades et leur pharmacothérapie semblent révéler une

maladie et leur pharmacothérapie la nature de leur

les patients à mieux comprendre la nature de leur études du FASS qui portent sur les façons d'amener

patients et des professionnels

ments : points de vue des

5.3 Information sur les médicaments

et les inhalothérapeutes, etc.) au stade de la formation.

medecins et les pharmaciens (et le personnel infirmier

facilitent dès que possible les rapports entre les

donc accorder une attention spéciale aux projets qui

formulation et la pratique des pharmaciens. Il faut

opérer au cours de la dernière décennie dans la

connaissent le moins les changements qui se sont

les spécialistes des soins ambulatoires sont ceux qui

hension multilatérale semble être le plus difficile. En outre,

que l'établissement de la coopération et de la compré-

projets locaux, c'est effectivement dans ce contexte

Il faudrait mettre particulièrement l'accent sur les

avantage les professionnels, au sens propre du terme.

priorité aux politiques qui viseraient à rapprocher

Il conviendrait donc d'accorder dans l'avant une haute

Ces études du FASS montrent qu'il est possible de

courses de leurs programmes d'études respectifs

la santé soient formés ensemble des que les professionnels de

avantage en veillant à ce que les professionnels de

grâce à la collaboration, que l'on peut favoriser

ses « nombreux compositions » formant un « tout »)

un travail d'équipe et le « partage » du patient (pour que

sumonter ces obstacles et de susciter le respect mutuel,

Ces études du FASS montrent qu'il est possible de

non fondés sur des jugements et des impressions

enquêtes qui relèvent des jugements et des impressions

de travail réelles contrepartie avec les résultats des

Consequences pour les politiques et la pratique

5.1 Multitude de groupes distincts de financement et d'élaboration

Collaboration entre professionnels

5.2

Thérapie. Par exemple, il existe tout de différences régionales relativement aux directives de prescription, aux normes de couverture de l'assurance-médicaments et à l'accès aux domaines issues de la recherche. Cela peut entraîner des obstacles de taille à l'adoption, par exemple, dans les domaines, d'une demande commune dans un secteur des efforts, la confusion et l'inquiétude est grande.

En se dotant de politiques communes, les gouvernements peuvent bénéficier d'un pouvoir considérablement accru sur les plans politiques et réglementaires, et d'un meilleur pourvoir de négociation avec les associations professionnelles et les sociétés internationales.

Tout comme les succès seraient assuré, qui seraient réalisables à court terme et qui favoriseraient la coopération entre provinces plus complexes en s'appuyant sur ces premières réussites.

santé (médecins, pharmaciens, aides à domicile) qui ont pris part au projet AB301-27 [Collerette de soins de santé primaires : amélioration des habitudes de consommation de médicaments dans la collectivité (pharmacie)] ont dit préférer cette démarche et avoir une opinion plus positive de leurs collègues, tandis que les médecins et les pharmaciens qui ont redigé des lignes directrices à l'intention des patients, dans le cadre du projet N204 (Guide des médicaments au Canada : étude pilote) ont été très satisfaits de la qualité des documents produits (plus de 80 p. 100) qui, selon eux, ont été utiles à leurs patients (plus de 90 p. 100).

En revanche, un manque de collaboration risque de susciter une opinion moins généreuse sur le rôle d'autres professionnels. La modification des rôles actuels dans le régime des soins de santé, même quand on peut prédir le succès des effets positifs sur les résultats pour la santé et sur le rapport coût-efficacité, n'est pas toujours facilement accepté par d'autres intervenants. Quand des médecins, des pharmaciens et des patients ont répondu aux questions d'opinions dressees par les auteurs du projet N223 (Possibilités de participation des pharmaciens à l'établissement des stratégies pharmaceutiques et des mécanismes de remboursement), « Les patients admiraient que les pharmaciens possédaient des connaissances spéciales, mais les pharmaciens, l'attitude des médecins n'a pas été positive. » Qui explorait la possibilité de modifier le rôle des pharmaciens une idée du temps passé en communauté possédaient des connaissances convaincantes. Cela peut donner une idée du temps passé en communauté avec un pharmacien, ou renseigner sur les connaissances et les critères différents due les médecins employés pour évaluer les compétences des pharmaciens. » (Traduction) (p. 7)

Les résultats des études du FASS font ressortir l'importance d'une collaboration chez les professionnels de la santé, imprimant une烙e la modifcation chez les professionnels de la santé.

Pour que la modifcation des rôles actuels permette de faire harmonieusement.

Les Ressources humaines dans le domaine de la santé et les questions pharmaceutiques

(p. 20) A la tavuer d'une enquête menée à Vancouver, on a constaté que seulement 10 p. 100 des patients interrogés dans les cabinets de médecins avaient passé au moins 5 années à directement eux au sujet d'un médicament d'ordonnance au cours de l'année antérieure; 30 p. 100 avaient vu au moins dix produits pharmaceutiques de la sorte (NA250, partie 1). Si la publicité informés, utiliseraient les traitements séraient mieux et surviennent mieux leur traitement. Toutefois, la réalité est toute autre : cette publicité content plus d'éléments pour fourrir des renseignements tout aussi accessibles que les diffuseurs d'une proportion aussi grande de la population afin de faire connaître à la majeure partie les annones publiitaires faites par l'industrie pharmaceutique, il faudrait des efforts de dépenses considérables.

3.8 Publicités adressant directement aux consommateurs (PDC)

L'e.R.-U., l'Alemagne,¹⁷ et la Nouvelle-Zélande imposent aux médecins des budgets pour les médicaments, pour limiter les dépenses. Dans le cadre du projet NA236, les chercheurs ont cependant constaté que les effets globaux des budgets sur les dépenses et leurs résultats pour la santé n'ont pas été bien étudiés. On a montré que l'accroissement de la quote-part payée par les consommateurs a eu des effets négatifs sur les résultats en matière de santé, notamment chez les gagné-petit. La France, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont trois pays qui établissent des contrats avec l'industrie de manière à rendre le fabricant vulnérable aux risques financiers en cas de dépenses excessives, entre autres, à court terme des sommes plus fortes que prévues (NA236, p. 25). Le fabricant ou à recevoir moins des régimes d'assurance si les paramètres prix-volume établis dans le contrat sont dépassés.

3.1.2 Moyens indirects de lutte

and les professions de la santé de diverses disciplines collaboreront, il en résulte une satisfaction accrue et une meilleure compréhension des rôles de chacun. Les médecins dé détailleront à leur famille qui participeront au projet ON221 (étude de la famille qui visent à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime provisoire d'assurance-médicaments) ont dit avoir une impression plus favorable des pharmaciens et mieux comprendre le rôle qu'ils peuvent jouer. Les médecins ont estimé que l'expérience avait clarifié ce que l'information ainsi acquise pourrait servir à traiter d'autres patients; tant les pharmaciens que les médecins ont précisé qu'ils recommanderaient à leurs collègues de rechercher une collaboration accrue. Les professionnels de la

D'après le projet N250 (Evaluation des effets, sur le système de santé, de la publicité des médicaments prescrite ou orientée directement vers le consommateur), les déclédéurs doivent être sur leur garde en autorisant la publicité s'adressant directement aux consommateurs au sujet des médicaments d'ordonnance et se méfier de ses effets néfastes (court et sancte) sur la pharmacothérapie. À l'heure actuelle, la loi canadienne interdit la PDC au sujet des médicaments d'ordonnance; cependant, on voit souvent au Canada une publicité facile sur les chaînes de télévision américaines, La publicité semble avoir eu un effet. « Les 14 médicaments (mentionnés par leur nom demandé dans les passe par au moins trois patients) représentent 43 p. 100 des produits demandés expressément. La majorité ont été amoncés auprès du public, et la moitié d'entre eux eux compaticient parmi les 25 médicaments auxquels les plus forts budgets de PDC ont été affectés aux Etats-Unis en 1999. » (Traduction) (NA250 Partie 3, même si les budgets ont été surpassés à plusieurs occasions.

16. L'évaluation économique des produits pharmaceutiques comprend les types d'analyses suivantes : analyse coûts-efficacité (mesure des conséquences dans les unités naturelles, tels que des personnes qui n'ont pas de symptômes), analyse coûts-avantages (traduit les conséquences en espèces) ou analyse de la justification de la dépense envisagée (parfois considérée comme une variante de l'analyse coûts-efficacité, les conséquences sont alors utilisées pour établir si une analyse de l'efficacité est nécessaire) (Drummond, O'Brien, Stoddart et Torrance, 1997).

peuvent aussi limiter ce qu'il est couvert par leur régime d'assurance et restreindre les conditions dans lesquelles des médicaments nouveaux et plus chers peuvent être prescrits à la place de médicaments existants et moins coûteux. L'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suède ont des listes nationales dites « négatives » (liste de médicaments non couverts). La France, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas ont toutes des listes « positives » (liste de médicaments couverts), et la Suède est en train de dresser au niveau régional. D'autres outils directs sont utilisés : promotion de substituts génériques de produits qui ne sont pas protégés par un brevet (R.-U., Allemagne, Pays-Bas et France) ; établissement du prix en fonction de celle d'un médicament de référence thérapeutique (Allemagne) ou mentionnons plus haut, ce n'est qu'aux Etats-Unis que le prix des médicaments est plus élevé qu'au Canada.

les dépendances

3.7.1 Moyens directs de limiter

- Empêcher la hausse des prix des produits ménagers sur la liste (certains régimes négocient le prix avec les fabricants des médicaments).
- Demander aux bénéficiaires d'assumer une partie des frais.
- On peut recourir à d'autres outils et moyens de limiter les coûts. Le projet N236 a porté sur ceux qui sont employés ailleurs qu'à Canada.

Selon les auteurs du projet NA236 (L'expérience internationale en matière d'assurance-médecaments), les dépenses faites par le Canada par habitant au chapitre des médicaments sont inférieures à celles de la France et des États-Unis, mais plus grandes que celles de l'Allemagne, de l'Australie, des Pays-Bas, de

En déréglementant le marché pharmaceutique avec une injection de fonds privés plus considérables dans le système, le Canada a éloigné la encore plus du modèle de financement principallement public des médicaments qui existe dans la majorité des pays industriels (en général, un régime moins coûteux que les équitables), mais il se rapprocherait de la formule américaine (plus coûteuse et moins équitable). Dans la majorité de ces pays, les dépenses consacrées aux médicaments ont augmenté à un taux supérieur à celui d'autres secteurs des soins de santé, mais le Canada est l'un des derniers à faire face à ce problème.

3.7 Limitation des dépendances pharmaceutiques

des sujets de conflit se manifestent, notamment en ce qui concerne la différence entre, d'une part, la quantité de renseignements que les patients souhaitent recevoir (plus) et, d'autre part, celle que le médecin et le pharmacien sont disposés à fournir (moins). A l'échelle nationale, le projet N221 a mis en évidence des difficultés importantes dues au manque de renseignements et l'actuelle décreuse-cl aux fins de recherche. Dans cette province, on n'a pas pu identifier facilement les médecins « cas problèmes » mais renseignements sont considérés comme confidentiels. Dans deux provinces, nous pouvons donc supposer que, dans deux provinces, la confidentialité des données, dans la mesure où les professionnels de la santé sont concernés leurs bases de données (deux ou trois fois par année), trois provinces souffrent d'une mise à jour lente de ce qui rendait difficile l'accès à des renseignements à jour. Dans deux provinces, les études n'avaient même pas comme, à cause de processus d'approbation très compliquée extrême lent.

Il est souvent facile d'observer à court terme l'influence positive d'un programme d'éducation destiné aux personnes qui y ont participé; ce qui est difficile, c'est de maintenir cette influence, car cela nécessite dans la majorité des cas un effort et des dépenses continus. Le projet BC201-07 (Extension des services aux patients : évaluation, par le pharmacien local, de la thérapie produite aux patients) a confirmé qu'il est souhaitable et possible de rediger et d'utiliser des renseignements à l'intention des patients, à tout le moins des patients qui sont motivés à faire partie d'une étude. Cependant, même chez ces personnes motivées, il existe des professionnels de la santé qui ont participé à l'étude.

Choisir certaines, les résultats des études ne peuvent pas toujours être appliquées à d'autres contextes, d'autres groupes ou d'autres interventions. Quand on éduque les patients, il peut être difficile de généraliser les résultats à tous les groupes. Les groupes de patients différents qu'aujourd'hui sont aux éléments démonographiques, à l'état de santé des femmes d'âge mûr), les besoins particuliers de certaines groupes ont été expressément mis en valeur. En effet, les femmes des Premières nations sont également due des groupes plus petits soitent constituées dans leurs propres localités, et les femmes handicapées ont exprimé des besoins bien définis en raison des difficultés dominantes liées à leur état.

catégorie des patients et des médecins s'accompagnent de documents utilisés et d'examen fait par les participants sur la pertinence de ces textes. Par exemple, dans le cadre des projets BC201-02 (Projet sur l'amélioration de la prescription de BC201-06) sur l'éducation sur l'asthme en Colombie-Britannique), (Projet d'étude sur un échantillon aléatoire et contrôlé des chercheurs ont produit des documents éduca- tionnels pour les médecins, afin d'améliorer leurs pratiques de prescription, et pour les asthmatiques, en vue de les aider à mieux contrôler leur maladie. A la fin de la partie II du projet BC201-05 (Comment faire le lien entre les politiques et les faits), les chercheurs ont réalisé un manuel en quatre parties qui montre aux bureaucraties de la santé comment établir le lien entre les politiques et les données issues de la recherche.

menées par le FASS. Bon nombre des études sur l'efficacité des effets positifs des études sur la pharmacothérapie telles qu'elles ou adaptées à d'autres situations, ce qui est un critère à la favreur des projets pourront être employés.

Les outils de recherche et les documents éducatifs

3.6 Transfer/Generalisation

et accroître la transparence.

de la santé au processus d'examen et aux décisions, faire participer davantage le public et les praticiens

à l'efficacité et à l'innocuité; et

autoriser la mise en marché du médicament que

et les conséquences économiques du prix; évaluer les effets réels sur la santé de la population médicamenteux, après leur mise en marché, pour en exiger des études¹⁵ (Étape IV) sur les nouveaux

programmes provinciaux d'assurance-médicaments; économiser aux comités d'examen des

faire siéger des experts en évaluation pharmaco-analyses de rentabilité valables;

créer un comité national pour garantir des

l'efficacité et l'innocuité;

adopter un processus conjoint d'examen des

medicaments d'ordonnance en comparant

formulet pluseurs recommandations à ce sujet,

divers programmes. Les auteurs du projet N246

uniformise et une protection intégrale des assurés des

les patients¹⁴, entraîne un processus décisionnel sans

processus canadien d'examen de la médecine à tous

manque de transparence, qui est entendue dans le

estime que l'information est publique (NA236). Ce

pour des régimes étrangers; celle l'autorité britannique

manque de transparence. La même observation vaut

de Québec, du Nouveau-Brunswick)

d'assurance-médicaments de la C.-B., de l'Alberta,

et l'économie au Canada (faites par les régimes

différents interventions étudiées dans les rapports sur

la pharmacothérapie. La modélification des politiques

Il y avait peu de renseignements sur la rentabilité des

ces analyses (R.-U., Suède, France), ou sont tout juste

normales d'utilisation.

réduces et les avantages du médicament dans des conditions marquées. Habituellement, l'objectif consiste à déterminer les homologation d'un médicament en vue de sa mise en

15. Un étude Étape IV est une étude effectuée après

transplant.

pour vente des médicaments d'ordonnance n'est pas les examens des médicaments effectués avant l'homologation

14. Non seulement au Canada mais dans la plupart des pays,

Nouvelle-Zélande. D'autres pays ont moins recours à des produits, aux fins de l'assurance, en Australie et en Irlande. Ce genre d'évaluation fait partie de l'examen à porté sur le recours aux économies à

Le projet NA236 (L'expérience internationale en matière

des conséquences économiques sur les patients.

réglage provincial des soins de santé et sans tenir compte globale du coût évolutif pour l'ensemble du budget du

pour leur propre budget, sans faire une évaluation

sur les conséquences du prix du nouveau médicament

d'assurance-médicaments fondent leurs évaluations

de rentabilité des pratiques provinciales concernant

(Evaluation des pratiques provinciales concernant

l'utilisation réelle. Dans le cadre du projet NA246

pour que l'on puisse recueillir des données sur son

médicament n'a pas été sur le marché assez longtemps

surprisant car, dans la majorité des cas, le nouveau

sur une utilisation en contexte réel. Ce n'est pas

en général fondées sur des essais cliniques, et non

les quelques les évaluations reportées. Ces données sont

l'assurance, il fournit généralement les données sur

un fabriquant veut que son médicament soit couvert par

de leur programme d'assurance-médicaments. Quant

d'évaluation économique pour accroître l'efficience

Plusieurs provinces misent de plus sur des outils

a révélé qu'il s'agissait plutôt d'un million environ.

de trois millions de dollars en un an, mais un examen

les chercheurs avaient prévu réaliser des économies

que l'autre dans le cadre du projet BC201-05,

peut entraîner des économies, mais pas toujours autant

différentes interventions étudiées dans les rapports sur

la pharmacothérapie. La modélification des politiques

3.5 Rentabilité

3.4 Résultats pour la santé

exigences, mais que le principal obstacle à l'utilisation du projet résidait dans l'incapacité de relancer la base de données à d'autres sources de données sur la santé, notamment à l'état de santé.

20 000 \$, et ainsi de suite. Ceci s'appliquerait aux personnes dont le revenu familial est de 10 000 \$, de 5 pour cent si le revenu familial dépasse 10 000 \$. Ainsi, une facture pour médicaments est de 22 222 \$ au moins. Ainsi, une facture pour médicaments n'atteint pas 1000 \$ pour débourser pour une facture annuelle de 13. Ceci s'appliquerait aux personnes dont le revenu familial dépasse 10 000 \$ pour des médicaments.

12. Le pourcentage du revenu brut qu'une personne consacrera à l'achat de médicaments pour une facture annuelle de 1 000 \$ pour des médicaments.

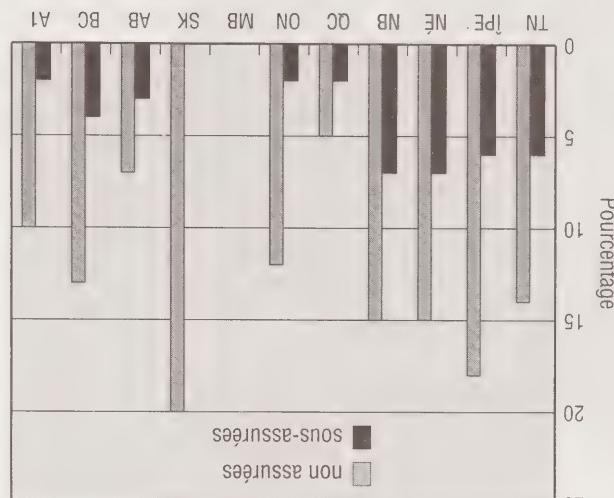
satisfaire sans trop d'efforts à bon nombre des nationale. Ils ont constaté qu'il serait possible de savoir s'il était faisable de créer une base de données médicalement sur ordonnance, ou OEUO) ont voulu et N2235 (Options Pour L'étude sur L'utilisation des nationaux d'information sur les médicaments prescrits) assurer. Les auteurs des projets N2021 (Modèle le cadre de chaque base de données établie par chaque et l'utilisation analyser les pratiques de prescription peut maintenir à jour des bases de données sur les demandes de remboursement de leurs bénéficiaires, mais on ne il faut mentionner des enquêtes. Les sociétés d'assurances A l'heure actuelle, pour se renseigner sur ces habitudes sont pas sans présenter de nombreux inconvenients. nationales quant à l'utilisation des médicaments B ne nance qui compile l'évaluation des habitudes des programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance B mentionnées, en particulier, la multiplication Les multiples visages du régime canadien des soins de santé B mentionnées et les multiples visages du régime canadien des soins de

3.3 Intégration

tonces, les Métis et les Inuits non inscrits (N202). L'unité administrative et les Inuits que chez les non-Autochtones exposées gagnent moins de 10 000 \$ par an. Le risque partiel ou quasi n'ont pas d'emploi. Les personnes les plus élevement à 4 p. 100 de celles qui travaillent à temps égard : seulement 1 p. 100 d'entre elles le sont, comparativement à 4 p. 100 de celles qui travaillent à temps

travaillant à temps plein sont moins menacées à cet égard : seulement 1 p. 100 d'entre elles le sont, comparativement à 4 p. 100 de celles qui ont entre 55 et 64 ans risquent de subir des frais de pharmacie dépassant leurs moyens. Les personnes de celles qui ont entre 55 et 64 ans risquent de subir des agées, 7 p. 100 des personnes de 18 à 24 ans et 4 p. 100 différences selon le groupe d'âge : 1 p. 100 des personnes Toujours selon l'indice de la capacité de payer le risque autours du projet N202 ont constaté qu'une facture de autres du projet N202 ont constaté qu'une facture de

3.2.3 Variations socio-démographique de la couverture de l'assurance-médicaments



(Données issues du rapport sur le projet N202, p. 95)

Figure 1 : Proportion des personnes non assurées ou sous-assurées, d'après l'indice de la capacité de payer de 1998, par province

mais ce pourcentage est nul au Manitoba. Provinciales de l'Atlantique sont dans cette situation, (les sous-assurées). Environ 15 p. 100 des habitants des régions de ne pas pouvoir régler leurs frais de pharmacie risquent de la capacité de payer, ou des personnes indique de la capacité de payer, ou des personnes du projet N202 relatives à la proportion de la population qui dépend de l'évaluation dans un graphique les conclusions D'après les évaluations, l'insuffisance de l'assurance-médicaments varie d'une province à l'autre. La figure 1 expose dans un graphique les conclusions

3.2.2 Variation de la couverture de l'assurance-médicaments

selon les régions

du cas de 10 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes.

Le revenu familial au pacifique des médicaments : c'est du revenu familial au pacifique des médicaments : c'est un seuil définissant un état de difficulté financière; est un seuil définissant un état de difficulté financière; du revenu bruto de 2 p. 100 des Canadiens (4,5 p. 100 du revenu bruto de 1 000 \$ équivalant à plus de 4,5 p. 100 pharmaceutique de 1 000 \$ équivalant à plus de 4,5 p. 100 autours du projet N202 ont constaté qu'une facture de En se fondant sur l'indice de la capacité de payer, les autres du projet N202 ont constaté qu'une facture de

3.2.1 A l'échelle du Canada

plus chers, et les plus sur-utilisées (les bronchodilatateurs à action brève), les moins coûteux.¹⁰

davantage les ordonnances

3.1.3 Amener les patients à respecter

constatations issues du projet BC201-01 (Projet sur la gestion du sommeil et de l'anxiété) ont confirmé. Un plus grand nombre de médicaments ont eu davantage, et nous moins, recours aux benzodiazépines (nombre de patients, volume du médicament et nombre d'ordonnances). Toutefois, une modification parallèle de la politique gouvernementale a peut-être compliquée ces résultats. Les résultats négatifs de ce projet ont été particulièrement décevants, car on s'attendait à ce que les médecins se portent volontaires pour participer à une telle étude soient ceux qui sont les plus disposés à opérer des changements.

3.2 Accès

Le prix constitue un élément important en pharma-
cothérapie, car l'impossibilité d'avoir accès à des
médicaments d'ordonnance à prix abordable risque de
se traduire par une insuffisance des soins et d'aboutir
des soins de santé. Les asthmatiques ont mentionné
que le prix imabordable des médicaments constituaient
un des facteurs les amenant à ne pas respecter leurs
ordonnances (BC201-06). Chose certaine, l'asthme est
une maladie chronique qui est essentiellement traitée
avec des médicaments chez la majorité des patients;

or, L'essentiel du coût du traitement est dû aux médica-
ments, dont les plus sous-utilisés (les anti-inflammatoires
non stéroïdiens, dont les plus utilisés) sont les

3.1.2 Améliorer les pratiques de prescription des médecins

- utiliser une publicité intensive et faire des envois
- établir des documents de haute qualité avec la participation des cliniques (documents destinés aux patients);
- assurer à la bonne mise en œuvre des LDPC, notamment:
- créer un circuit de rétroaction pour améliorer les choses;
- encourir à des partenariats pour diffuser la documentation continue en pharmacothérapie ou, en général, un effet positif sur les méthodes de prescription.
- dans l'ensemble, les interventions par lesquelles les médecins ont obtenu de la documentation ou assisté à des conférences ou à des ateliers ont semble entièrement comparée des vérifications, une rétroaction et une information continue en pharmacothérapie ou, en général, un effet positif sur les méthodes de prescription.
- Les lignes directrices peuvent être utiles, mais il y en a eu une multitude ces dernières années, de sorte que la qualité n'en est pas toujours garantie. Selon le projet N2A203 (Evaluation nationale des lignes directrices pour la pratique clinique), on estime qu'il y a au Canada environ 2 500 directives du genre, dont la majorité sont été redigées au cours de la dernière décennie. Vu la croissance exponentielle de ces documents, les cliniciens doivent de plus en plus composer avec des recommandations différentes, qui se contrebutent parfois. Par exemple, une étude a montré que les recommandations dans le cas d'une fibrillation atriculaire ont été appliquées à 100 patients consécutifs. Tout dépendait de la nature de 20 directives sur le traitement anticoagulant issues de 20 directives au moins une montre que les recommandations peuvent être contraires.

3.1.2 Améliorer les pratiques de

de prescriptions. Si l'on souhaite que le médecin traitant délivise un médicament au profit d'un autre, on semble, en arrêtant le remboursement du prix du médicament à remplacer tout en autorisant le recours à des exceptions spéciales à la demande du médecin en question, obtenir l'effet souhaité : réduire la leurs méthodes de prescription dans le cas de certains genres de médicaments. Par exemple, il semble difficile de changer quoi que ce soit quant à la prescription de la benzodiazépine (BC201-01, NA221) et des antibiotiques (SK221), sans toute parcellation de changements à cet égard excepté plus de temps ou des compétences différentes de celles dont disposent les formes par rapport auxquelles les habitudes des interventions conclues, et les améliorations évaluées. C'est là l'objet des lignes directrices sur les pratiques cliniques (LDPc), qui sont des énoncés réguliers systématiquement pour aider les médecins à prendre

3.1.2.1 Lignes directrices

Certaines interventions réussissent mieux que d'autres à modifier les pratiques de prescription. Il ne semble pas suffire de présenter des textes écrits ou des documents pendant un atelier ou une conférence. Une forme interactive d'intervention (p. ex. : vérification, retroaction, formatrice en pharmacothérapie ou collaboration entre médecins et pharmaciens) favorise mieux une modification positive des méthodes de prescription. Si l'on souhaite que le médecin traitant délaisse un médicament au profit d'un autre, on semble, en arrêtant le remboursement du prix du médicament à remplacer tout en autorisant le recours à des exceptions spéciales à la demande du médecin en question, obtenir l'effet souhaité : réduire la prescription du médicament sans nuire à la santé du malade. Les médecins sont plus disposés à modifier leurs méthodes de prescription dans le cas de certains genres de médicaments. Par exemple, il semble difficile de changer quoi que ce soit quant à la prescription de la benzodiazépine (BC201-01, NA221) et des anxiolytiques (SK221), sans toute pareille temps ou changements à cet égard excepté plus de celles dont dispensent les médecins en général.

(Guides des médicaments au Canada : étude-pliote) : Le public veut des renseignements crédibles et compréhensibles sur les divers traitements existants et sur les problèmes de santé. Une forte proportion des patients qui avalent régulièrement des guides conviviaux sur les traitements les ont trouvés très utiles. La majorité des patients interrogées ont dit utiliser les renseignements pour prendre une décision au sujet de leur traitement. Cependant, les propos des groupes témoins ont révélé un écart entre le genre d'information que les consommateurs disent vouloir obtenir sur les médicaments et les thérapies, et ce que leurs diéticiens (médecins et pharmaciens) semblait disposer à leur disposition. Les diéticiens ont formulé des réserves sur le côté malsain des médicaments et recommandent les avantages et les risques de ces derniers, ainsi que sur les renseignements sur les traitements disponibles, y compris les effets secondaires des médicaments. La volonté du public de se renseigner est l'importance de la thérapie communautaire anti-infectieuse pour lui, de comprendre les questions de santé sont pour la plupart des cliniciens tout formule des réserves sur le côté malsain des médicaments dans le projet BC201-03 (Projet sur la santé des personnes âgées). Les projets expriment à la faveur des projets mûrir. Les projets démontrent qu'il est important pour les patients et la population que leurs opinions soient prises en compte dans l'élaboration des lignes directrices ou des critères de remboursement devant être communiquées aux femmes ou à même de prendre davantage, de décider de continuer à se renseigner et avoir des sentiers plus à même de modifier leur style de vie (p. 21).

de l'asthme ont enseigné à des patients comment mieux surveiller et contrôler leur maladie. Malheureusement, il s'est constaté des problèmes chez de nombreux médecins qui ne semblaient pas savoir exactement comment soulager la maladie et qui ne soustrivaient pas aux recommandations formulées pendant les sessions de formation données aux malades.

3.1.1 Satisfaction des malades

Analysé des Principales constatations

- Dans les études N201 et N235, les chercheurs ont analysé la possibilité de créer une base de données nationale sur l'utilisation et le coût des médicaments, qui permettrait d'exécuter à l'échelle nationale des examens sur la consommation des médicaments.
 - Le projet ON222 a porté sur le processus de diffusion des lignes directrices et sur la mise en œuvre d'une stratégie d'éducation sur l'utilisation des antidiétiques, au niveau provincial.
 - Les auteurs de l'étude N228 ont évalué l'utilisation des DTO (doses thérapeutiques quotidiennes) pour favoriser une comparaison nationale et internationale des taux d'utilisation des médicaments, les anti-
 - Dans le cadre du projet BC201-05, les chercheurs se sont penchés sur un modèle d'étude pour mettre à l'essai l'application d'une réglementation modifiant le remboursement du prix des médicaments.
 - Dans le financement de ces 25 projets s'est élevée à 7,6 millions de dollars. Les sommes fournies à une étude donnée ont varié entre 88 800 \$ (N250) et 3 165 600 \$ (BC201), qui comprendait huit études distinctes.

3. La formation continue en pharmacothérapie est une recherche similaire à celle utilisée par les sociétés pharmaceutiques, mais celle qui elle est utilisée par les administrateurs de régimes d'assurance-médecins, l'objectif consiste à promouvoir des méthodes de prescription appartenant à deux catégories (habitulement dans une ou deux spécialités et rentables) plutôt qu'à promouvoir des produits particuliers.

- Les responsables des projets BC201-01 à BC201-08 ont, en général, intégré des méthodologies visant à tirer parti de la nouvelle base de données centralisée sur les médicaments d'ordonnance de la Colombie-Britannique.

Dans diverses études, les auteurs ont mis au point et parfaît des outils de recherche dans le cadre d'une évaluation, ou ils ont fait de cela leur objectif primordial :

Les méthodes de prescription utilisées par les médecins sont fait l'objet de stratégies d'enseignement médical continu (p. ex., la formation continue en pharmacothérapie); on a demandé des réactions sur ces méthodes (NA221, BC201-01 et BC201-02) et l'on a mis l'accent sur la modification des réglements concernant la politique de remboursement du prix des médicaments (BC201-05). Dans plusieurs études (ON221, BC201-04, BC201-07 et BC201-08), les chercheurs ont examiné l'influence du pharmacien local sur les méthodes de prescription appliquées par des médecins et sur les commentaires des patients.

- prescriptions et les rappels addresses aux patients au sujet de l'observation des ordonnances. Ils ont étudié ces comportements des patients en utilisant :
 - une démarche axe sur le travail d'équipe pour les soins de santé (AB301-27) ;
 - des guides d'information sur des malades (NA204) ;
 - des programmes de participation communautaire (BC201-03) ; et
 - un programme d'éducation sur l'asthme (BC201-06).

Partir de l'établissement des ordonnances par les médecins et leur observation par les malades; pour cela, ils ont examiné la formation continue en pharmacothérapie, la rétroaction au sujet des méthodes de

La majorité des projets ont porté sur les effets que diverses méthodes ont sur l'amélioration de l'utilisation des médicaments dans la collectivité. Les responsables du projet SK221 se sont interrogés sur la façon de

Utilisation des antibiotiques.

- Les auteurs de l'étude NAA246 ont analysé le processus d'évaluation de l'efficacité en fonction du coût dans les programmes provinciaux d'assurance maladie.
 - Le projet NAA250, qui est une étude en trois parties, a porté sur la publication concrète les médicaments d'ordonnance faite directement aux personnes consommateurs.
 - Deux projets ont concerné les différentes couvertures médicales de pari avec les divers programmes d'assurance malant de pari sur la utilisation des médicaments dans les deux projets.
 - Les auteurs du projet NAA27 ont examiné comment les différences entre les prix des médicaments influent sur les différences entre les prix des médicaments.
 - Le projet NAA28 montre comment les différences entre les prix des médicaments influent sur leur utilisation en général.

- Dans l'étude N2020, on a évalué la qualité des lignes directrices sur les pratiques cliniques, y compris celles qui se rapportent à l'établissement des ordonnances.

- Dans l'étude N202, les auteurs passent en revue les différentes régimes d'assurance-médecaments d'ordonnance et examinent l'étenue de la couverture (publique et privée) assurée à la population canadienne au chapitre des médicaments d'ordonnance.
 - Dans l'étude N236, une analyse des exemples de politiques étrangères sur les médicaments dont le Canada pourrait s'inspirer.
 - Les interventions visant à améliorer cette consommation dans cinq études, les chercheurs ont examiné des réseignements existants se rapportant à la discussion sur les projets N236 et N202, les auteurs passent en revue les différences entre les deux systèmes de santé canadiens pour déterminer ce qui fonctionne le mieux.

medicaments ou cerner les problèmes, et ils ont évalué outils pour mieux mesurer la consommation des thémes; leurs auteurs ont analysé et mis au point des out fournit des renseignements contextuels sur ces directement aux consommateurs (NA250). Les études pharmaceutique et son rôle dans la publicité s'adressant à l'assurance-médicaments d'ordonnance, y compris les Les auteurs d'un projet ont examiné l'industrie ont porté sur les compositions des régimes des médicaments par les patients et aussi par les professionnels de la santé. En second lieu, des études ont surtout concerne l'amélioration de l'utilisation mais pas tous, ont été abordés. La majorité des projets des sujets mentionnés dans la partie précédente, la pharmacothérapie étiologique. Plutôt que à porter et le sujet des 25 études du FASS sur

de Santé (FASS)

Pour l'adaptation des soins

Aperçu des études du Fonds

tenir compte. aux installations de soins prolongées à tout il faut chez le médecin à l'urgence, séjours à l'hôpital ou frais du secteur de la santé à par exemple, les visites médicaux, mais on risque d'influer sur d'autres dernières, on peut limiter le budget de l'assurance-d'ordonnance. En redéfinissant la consommation de ces périodiquement. Ces frais facturés aux patients ou un pourcentage du coût total calculé à gées qui patient un certain montant par ordonnance publiques sont des assistantes sociales et des personnes d'autre. En général, les bénéficiaires des régimes d'ordonnance diffèrent grandement d'une province à l'autre. Les programmes d'assurance-médicaments

medicaments générique mis en marché. (Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des brevets à l'étranger exclusif (de 64 à 87 millions de dollars) limite du prix médian international aux médicaments non toutes les provinces (60 millions de dollars) et en appliquant la applicable une politique du bas prix disponible dans 5. Pour 1997, des économies auraient été réalisées en

cent du prix du médicament démarqué (breveté dans le cadre de sa politique, établissant le plafond à 70 pour 4. Où n'a-t-il contrôlé les prix des médicaments génériques continu, uniformes et efficaces.

gouvernement pourraient fourrir des soins rentables, responsabilisation, les procédures de la santé et le une opinion sur les pratiques et un régime de les médicaments, des lignes directrices approuvées, dosseurs des malades et aux centres d'information sur des programmes de formation, un accès en ligne aux (Angus et coll., 1994, p. 18). En offrant et en intégrant plus indique b complétement des coûts et des résultats fournisseurs et les patients à choisir le traitement faut aussi une réglementation qui encourage les

efficacité des soins de santé en fonction du coût. Il contrôles centraux des budgets globaux pour garantir supplémentaires. Cependant, il faut plus que des pourrait entraîner d'importantes économies. L'uniformisation accrue des politiques provinciales que si elles sont absolument nécessaires.

Lesquelles les médicaments plus chers ne sont fournis à adopter de programmes d'accès spécial aux survivants fondation du coût d'acquisition réel ou du meilleur calcul du remboursement remis au pharmacien en prix offert au Canada; et

therapéutique (prix axe sur le produit de référence prix d'un médicament donné dans une catégorie ou celui du médicament générique) sur le niveau de remboursement d'après le

à limiter le coût : produits (version générique d'un médicament substitution, par le pharmacien, du médicament prescrit (version générique d'un médicament breveté);

dans leur formulation. D'autres stratégies servent à limiter le coût :

• substitut, par le pharmacien, du médicament d'autre formule. D'autres stratégies servent à limiter le coût :

• substitut, par le pharmacien, du médicament d'autre formule. D'autres stratégies servent à limiter le coût :

3. Dans le cas d'amélioration thérapeutique considérable, le prix est limité au prix médian international du médicament lui-même dans sept pays.

Alors du prix une condition de l'inscription de leurs pharmaciens locaux, en limitant les hausses annuelles des médicaments (brèves ou non) vendus dans les médicaments influent aussi beaucoup sur le prix. Les programmes provinciaux d'assurance.

Les médicaments brevetés et sur son évolution. Rabais sur le prix de lancement des nouveaux médicaments sur la liste (IPC). Depuis 1987, le CEMB influence considérablement sur la vente future. Il existe des rapports aux médicaments existants. Par la suite, apporte une amélioration thérapeutique sensible par jusqu'à l'expiration du brevet, les hausses annuelles éleve due celui de produits comparables, sauf si il

Ce prix des médicaments brevetés dès le jour où ils sont vendus pour la première fois jusqu'à l'expiration des brevets correspontants. En effet, le prix de lancement d'un nouveau médicament breveté ne peut être plus élevé que celui de produits comparables, sauf si il publie et promotion, prix des médicaments brevetés).

Puisse être mis en marché au Canada; il supervise également d'information des patients) avant que celui-ci sur le médicament (monographie de produit) toutes les données sur la qualité, l'innocuité et

nouveaux médicaments sur des humains; il examine

Le gouvernement fédéral contrôle les essais des

1.4 Gouvernements

dans la formation ou l'éducation continue en pharmacothérapie. Les organismes de réglementation et associations professionnelles doivent veiller à ce que leurs membres conservent leur niveau de compétence, en tenant compte des outils que le gouvernement doit fournir.

avec la formation ou l'éducation continue en pharma-

médicaments avec les renseignements objectifs, ni

Il ne faut pas confondre les promotions faites sur les débuts intégrer à l'exercice optimal de la profession. Les nouveaux traitements et sur la meilleure façon la source de renseignements objectifs et crédibles sur les réalisations économiques de la santé. Il doit être importante du travail d'équipe, de la communication entre eux au sujet de leur client commun est difficile. tous deux dans un contexte où la communication expose en présentant le médicament, car il fonctionne connaissent à fond les risques auxquels le patient une ordonnance, même si lui ni le pharmacien ne est celle qu'une visite chez le médecin se terminera malade, bombarde de publicité et de promotions. En réalité, le médecin qui prescrit le médicament, et de la manière prescrite.

Informations nécessaires pour prendre le médicament et de transmettre aux patients les connaissances et de la meilleure manière et au moins coût possible, selon la bonne posologie, besoin, le bon médicament, selon les patients réceptifs, au qui leur sont données, il incombe aux professionnels des décisions optimales et, ensuite, suivre les directives renseignements dont ceux-ci ont besoin pour prendre Mais bien qu'ils doivent fourrir aux dirigeants les responsables de l'utilisation importante des médicaments. On dit souvent que les patients sont les principaux

1.3 Professionnels de la santé

aux médicaments nécessaires.

Il y a pas de règlements propres autorisant l'accès partagés par les professionnels de la santé, ou s'il coherapie optimale si ces dernières ne sont pas chez les patients, on ne parviendra pas à une pharma-

Cependant, malgré les meilleures attitudes et valeurs les médecins. » (Schommer et Hansen, 2001, p. 3.)

ments multiples qui adoptent les consommateurs que

l'issue aussi de les déconcerter et de nuire à la relation qu'ils ont établie avec leurs fournisseurs de soins de même. [...] Cette publicité peut influer sur les résultats en matière de santé et sur l'utilisation des services de santé, dans le contexte des décisions et des comportements.

Afin de faciliter la participation des patients à leur pharmacothérapie, il faut leur fourrir des renseignements crédibles, pertinents et compréhensibles. Trop souvent, les professionnels de la santé n'ont pas souvenirs, leurs préoccupations pour éviter les complications avec le patient. En revanche, les malades ont facilement accès, sur Internet, dans la presse, dans la publicité des sociétés pharmaceutiques et dans les médias, à une multitude de sources de renseignements dont la qualité risque d'être douteuse et que le malade n'est pas en mesure d'évaluer.

Une ordination, la modication de la position, l'emploi de m dicaments en vente libre, etc.) se sont multipli es parmi les tr s sociaux (Gombs et coll. 1995).

sous-utilisation) des médicaments d'ordonnance ou autres. À titre d'exemple, disons qu'au Canada, les coûts directs et indirects de la non-conformité (le fait de ne pas suivre les directives sur leur utilisation) B ce qui comprend le fait de ne pas remplir ou renouveler une ordonnance à la date à laquelle il

Les autorités et les variétés des patients devraient être étudiées pour mesurer l'efficacité dans la pharmacothérapie optimale et efficace en fonction du contexte. Elles influencent sur l'utilisation correcte (par opposition à une utilisation impropre à la surutilisation ou à la sous-utilisation) et elles influencent sur l'adéquation thérapeutique dans la mesure dans laquelle une pharmacothérapie optimale et efficace est nécessaire pour la correction d'un état de santé.

raison de l'inflation, des prix élevés des nouveaux médicaments et de l'accroissement de la consommation (quantité d'un médicament donné est nombre de médicaments pris par malade) (Angus et coll., 1994).

2. La formation continue est une technique utilisée par les sociétés pharmaceutiques pour promouvoir la vente de leurs produits. Elle combine le marketing et le perfectionnement professionnel des personnes qui redigent des ordonnances (habitulement des médecins). Les représentants de sociétés pharmaceutiques sont habitulement des diplômés universitaires et sont au courant des caractéristiques des produits dont ils font la promotion. Ils rencontrent les médecins en personne dans leurs bureaux.

La croissance démographique et le vieillissement de la population n'ont pas eu lieu que de 10 p. 100 de la hausse du coût des médicaments d'ordonnance dans les années 80; les 90 p. 100 restants s'expliquent par la hausse du coût des médicaments d'ordonnance par la hausse du coût des médicaments par patient, en

1.2 Patients

Ces activités promotionnelles influencent beaucoup sur la consommation des médicaments et sur les dépenses sy rapportant. En effet, il se peut que le recours à un médicament nouveau et souvent plus cher soit justifié des points de vue thérapeutique et économique mais, dans bien des cas, il ne l'est pas, ce qui a d'importantes conséquences négatives pour les programmes d'assurance-médecaments d'ordonnance, y compris la réduction de l'accèsibilité et l'augmentation des frais médicaux.

distribution à certaines de mes amis, et diverses offres gratuites, et financement de conférences et de colloques pédagogiques pour les professions de la santé (Bero et Lippton, 2001).

formes : formation² continue des médecins,

13,9 milliards aux Etats-Unis en 1999) prend diverses

medicale (qui a couté aux sociétés pharmaceutiques 2000 (économie sociale et solidaire), 2002).

0,1 mm/m² de poussières à 2,3 mm/m² en 1995 et 2000 (Schömmert et Hanssen, 2001). La promotion

effet de débordement, et la valeur en est passée de 0,1 milliard de dollars à 2,5 milliards entre 1993 et

toutefois, la publicité faite aux Etats-Unis a un certain

publicité sur des médicaments d'ordonnance;

processions de la sainte au Canada, il est néanmoins d'adresser directement aux consommateurs une

Leurs produits aux pieds des consommateurs et des professionnels de la santé. Au Canada, il est illégal

Les sociétés pharmaceutiques font la promotion de

1999; CEPMB, 2000).

1993 ont restauré la protection par brevet. Les modifications approuvées à la loi au Canada en 1987 et en

1993 ont restauré la protection par brevet. Les modifications approuvées à la loi au Canada en 1987 et en tandis que la part des médicaments génériques a produits brevets est passée de 41 p. 100 à 63 p. 100, vendes totales de médicaments attribuables aux génériques : entre 1990 et 2000, la proportion des brevets par rapport à celle des médicaments obtiennent influence sur la part du marché du produit médicaments brevets et le degré de popularité qu'ils d'exclusivité, le taux d'introduction de nouveaux concurrents. Par conséquent, la durée de la période efficacité clinique : le prix devient l'objet de la concurrence, la même forme possologique et la même chimique, la même composition qui a la même composition générique du médicament qui a la même composition d'autres fabricants peuvent vendre une version d'autre brevet expiré. L'exclusivité prend fin, et quand le brevet expire, l'exclusivité prend fin, et

marche). La permission d'établir les prix et accès plus rapide au avantages (prolongement de la protection par brevet, période ne suffit pas et demande donc d'autres marche) de huit à 12 ans. L'industrie estime que cette reste en général une période d'exclusivité (sur le le moment de la découverte et la mise en marché, il découverte. Compte tenu du temps qui s'écoule entre des droits exclusifs à l'égard de leurs médicaments pendant 20 ans à compter de leur part de marché avec des brevets, qui leur confèrent En général, les entreprises protègent et accroissent leur coté souvent plus cher que l'ancien.

que son profil de risques est encore incertain et qu'il ancien, même si l'efficacité n'en est pas plus grande, qu'un nouveau médicament est meilleur qu'un matériels supplémentaires pour une raison quelconque, souvent, les professions de santé et les consommateurs part de marché avec des brevets, qui leur confèrent (largissement de la gamme de produits). Trop de nouveaux ingrédients actifs qui ne sont guère ou nullement meilleurs que des médicaments existants (produits dimitation), ou encore ce sont de nouvelles formes possologiques de médicaments existants (largissement de la gamme de produits). Trop de nouveaux ingrédients actifs qui ont été considérés comme de meilleures « découvertes » ou comme d'importantes améliorations. Les autres (soit 95%, ou 94 p. 100) sont brevets, ou CEPMB, 1989-2001]. Cependant, seule- canadien [Conseil d'examen du prix des médicaments

medicaments brevets ont été mis sur le marché des médicaments. De 1988 à 2000, 1 020 nouveaux

1.1 Industrie pharmaceutique

d'assurance qui les patient (en totalité ou en partie). Les régimes publics et privés (parfois, les demandent), et les patients qui les consomment (et qui fournissent, les patients qui les pharmaciens qui les prescrivent les médicaments, les médecins qui les sociétés pharmaceutiques, les médecins qui multiplient les interventions bien des intervenants : Toutefois, le dossier des médicaments d'ordonnance a de (Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1994, p. 15).)

rappor à d'autres interventions telles que la chirurgie). « Constituent une solution de recherche rentable par recherches (pour cerner les situations où les médicaments les façons d'éviter les réactions négatives); mener des sondages et qu'ils puissent conseiller le malade sur soient informés uniformément sur tous les médicaments possibles pour le patient; gérer l'utilisation des médicaments pour la meilleure thérapie et le meilleur médicament (des lignes directrices sur les traitements malade-fourrisseur bas possible); créer une interface malade-fourrisseur aient accès à des médicaments efficaces au prix le plus des formulaires bien gérés pour que les pharmaciens des médicaments bien gérés du système (adopter frais, il faut le faire à l'échelle du système).

des médicaments. « Pour réussir à limiter les coûts pharmaco-thérapie et de mieux gérer et limiter le coût montre qu'il est possible d'améliorer la qualité de la ont fait l'objet de bien des études qui ont tous leurs. L'inefficacité et le gaspillage présent dans le système d'ordonnance (assurance-médicaments)

des frais de médicaments représentent la

1. Définir le contexte

4. Les Ressources humaines dans le domaine de la santé et les questions pharmaceutiques	15
5. Conséquences pour les politiques et la pratique	16
5.1 Multitude de groupes distincts de financement et d'élaboration des politiques	16
5.2 Collaboration entre professions	16
5.3 Information sur les médicaments : points de vue des patients et des professionnels	17
5.4 Qualité de la pratique professionnelle	18
5.5 Accessibilité	19
5.6 Limitation des dépenses pharmaceutiques	19
6. Conclusion	20
Ouvrages de référence	21
Annexe A : Liste des projets du FASS touchant les questions pharmaceutiques	
Figure 1 : Proportion des personnes non assurées ou sous-assurées, d'après l'indice de la capacité de payer de 1998, par province	10

Liste des figures

Préface	iii
Conclusions	i
Les questions pharmaceutiques au Canada	i
Nature unique des projets du FASS	iii
Liste des figures	vi
Rémerciements	xv
I. Définir le contexte	1
1.1 Industrie pharmaceutique	1
1.2 Patients	2
1.3 Professionnels de la santé	3
1.4 Gouvernements	3
II. Analyse des principales constatations	4
2.1 Qualité de la pharmacothérapie	6
2.2 Satisfaction des malades	6
2.3 Améliorer les pratiques de prescription des médecins	7
3.1.2.1 Lignes directrices	7
3.1.2.2 Démarche interdisciplinaire	8
3.1.2.3 Modification de la réglementation	8
3.1.3 Amener les patients à respecter davantage les ordonnances	9
3.2 Accès	9
3.2.1 À l'échelle du Canada	9
3.2.2 Variation de la couverture de l'assurance-médicaments, selon les régions	10
3.2.3 Variation socio-démographique de la couverture de l'assurance-médicaments	10
3.4 Résultats pour la santé	11
3.5 Rentabilité	12
3.6 Transfert/Généralisation	12
3.7 Limitation des dépenses pharmaceutiques	13
3.7.1 Moyens directs de limiter les dépenses	14
3.7.2 Moyens indirects de limiter les dépenses	15
3.8 Publicité s'adressant directement aux consommateurs (PDC)	15
III. Intégration	10
IV. Résultats pour la santé	11
V. Rentabilité	12
VI. Transfert/Généralisation	12
VII. Limitation des dépenses pharmaceutiques	13
VIII. Moyens directs de limiter les dépenses	14
X. Moyens indirects de limiter les dépenses	15
XI. Publicité s'adressant directement aux consommateurs (PDC)	15

Table des matières

groupes non traditionnelles, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, passé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui a été une meilleure collaboration entre les gouvernements, et une meilleure compréhension de bon augure pour une meilleure compréhension de la participation dans le processus de sélection à permis et territoriale. De même, les thémes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu. Ce tableau unique et ce processus de sélection particulière concernent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été finançés représentent tous les problèmes brosset pas un tableau complet de tous les problèmes de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne sont pas toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. A cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets incomplets, il faudra sans doute plusieurs années pour tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les balises et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, soit peut-être ce qu'il y a de plus précis sur tout le processus.

Elements

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions publique. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossier sont été présentés non seulement par des universités ou des chercheurs travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des

unique à cette échelle.

À l'heure d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation qui comportait six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le Plan de santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui servait financière) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétaire du FASS appela une réunion (enseignements très systématiques) sur l'évaluation (enseignements très systématiques) de l'expérience acquise dans le cadre des projets-prototypes. Ces accès mis de synthèse sont une des compositions. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements très systématiques) est la diffusion (partage actif des résultats) et la diffusion (partage actif des résultats) de l'expérience acquise dans le cadre des projets-prototypes.

- **Nature unique des projets du FASS**
 - Le FASS est tout à fait différent des organisations canadiennes qui manquent les recherches en santé, telles que les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.
 - Le FASS est un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets développés doivent être concus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de recherche.
 - Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participent au processus de sélection, voulait se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats appuyent des faits ou aideront à définir l'orientation future des politiques et des programmes.
- **Le FASS était déterminé par les exigences politiques.**
 - Les décideurs qui participent au processus de sélection, voulait se concentrer sur certains
 - Les questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats appuyent des faits ou aideront à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et aux initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaire et la préservation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la sécurité en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données des experts de synthèse les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thémes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portait sur les questions pharamaceutiques. Il a été préparé par Wendy Kennedy Ph.D., et Robert Goyer, Ph.D.

u Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en restaurer les fondations et l'évolution démographique pour assurer la qualité et la rentabilité. Les restaurations budgétaires et l'évolution démographique posent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il faut nécessaire de réunir plusieurs domaines issus de l'étude d'approches et de modèles de santé conciliants ou non. En réponse à cette demande de notre Forum national sur la santé, la création du Fonds d'adaption des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions responsant aux besoins dans la refonte des soins de santé.

Preface

gations qui auparavant.

à nous, et nous disposons maintenant de meilleures nouvelles idées. Diverses orientations valables s'offrent à nous, employées ailleurs, et ils ont aussi examiné une diverses manières d'améliorer la pharmacothérapie en se fondant sur des recherches canadiennes, qu'il y a général, les auteurs des études du FASS ont confirmé,

la pratique professionnelle.

Les coûts du secteur pharmaceutique et à influer sur l'établir et négocier des politiques destinées à contenir à promouvoir des efforts provinciaux communs pour les démissionnent; le Canada aurait sans doute avantage à utiliser, ce sont en général les autorités centrales qui En dehors du Canada, quand de tels moyens sont financier en cas de dépenses plus élevées que prévu. avec l'industrie pour que le fabricant paragage le risque des budgets pharmaceutiques; conclure des contrats assouye d'un nouveau médicament; fixer aux médecins d'anciens, qui coutent moins cher; mesurer la valeur plus chers peuvent être prescrits pour en remplacer en vertu des dispositions des médicaments nouveaux et d'assurance-médicaments; restreindre les conditions limitant les indemnités prévues dans les régimes activerement les prix des médicaments ou les profits; ceutique : grâce les prix, en négocier un exant moyenens de contenir les coûts du secteur pharmaceutique de soins. Il convient sans doute d'examiner d'autres moyenens du fardeau des patients ou des dispensateurs accrue d'autres services de santé, ou un alourdisse- ment du traduisent pas nécessairement par une utilisation sur d'autres domaines, ce qui entraîne une utilisation du coût total pour la société. Les frais résultent de presser ne se traduisent pas nécessairement par une réduction souhaitée : les économies observées dans ces régimes médicamenteux risque aussi d'avoir des effets non Même l'accent sur le budget des régimes d'assurance- (plus coutueuse et moins épiable).

Il se rapprocherait de la formule américaine un régime moins coûteux et plus épiable), mais dans la majorité des pays industrialisés (en général, principalement public des médicaments qui existe privés plus considérables dans le système, le Canada éloignement encore plus du modèle de finance marche pharmaceutique avec une injection de fonds consommateurs. Toutefois, en déreglementant le publics en augmentant la part absorbée par les

consommateurs. On a eu tendance à réduire les frais

d'accroissement de la part des coûts assumé par les

des médecins en matière d'ordonnances et de L'autonomie faut aussi tenir compte de la promotion du développement d'assurance-médicaments et d'assurance-santé, or, il d'autre part, la limitation des coûts des régimes

population aux produits pharmaceutiques nécessaires pour un équilibre entre, d'une part, l'accès de la Cependant, les gouvernements provinciaux doivent couvrir des soins de santé efficaces en fonction du coût (les meilleurs soins possibles au moindre coût).

Province à l'autre au Canada; en effet, il a jamais été question, au moment de la création du régime universel public d'assurance-santé, de fournir des produits provinciaux d'assurance-médicaments différents des services pharmaceutiques. En théorie, les régimes provinciaux d'assurance-médicaments doivent couvrir les soins de santé efficaces en fonction du

moins de 10 000 \$ par année.

Vulnérable est celui des personnes qui gagnent moins d'être sous-assurés : le groupe le plus vulnérable est celui des personnes qui gagnent Canadiennes qui travaillent à temps partiel.

Varie d'une province à l'autre. Les Canadiennes qui travaillent assurées, et le taux de sous-assurance pas suffisamment assurées, il y en a dix qui ne sont du coût). Sur 100 Canadiens, il y en a dix qui ne sont que les assurées doivent débourser eux-mêmes (partage quant aux médicaments qui sont payés et au montant surtout fonction de l'emploi. Les régimes privés sont et les chômeurs sont couverts. Les régimes privés sont généralement les personnes âgées, les Autochtones inscrits de l'âge ou de paramètres socioéconomiques : en

d'assurance-médicaments publics tend à être fonction programmes canadiens, l'admissibilité aux régimes importants en pharmacothérapie. Dans tous les Le prix des médicaments revêt une grande

politique de remboursement. Dans les domaines où c'est le cas, il faudra peut-être d'envisager d'encourager tout mouvement de correction, des mesures un travail intensif de correction, des mesures dans les domaines où c'est le cas, il faudra peut-être d'autres, comme l'ont montré des études du FASS. autres, certains états de santé que sur antidiotidiques) et à certains états de santé que sur les médicaments (p. ex. : les benzodiazépines et les les pratiques de prescription relatives à certains genres dommées au malade. Il est plus difficile d'imposer une imidazole pour la maladie et les recommandations doivent notamment bien connaître le traitement

au Canada

Les questions pharmaceutiques

2000). La hausse des prix s'explique surtout par le remplacement des vieux traitements par de nouveaux, et par l'utilisation accrue de traitements existants. L'emploi non optimal des médicaments explique ces fabricants et les autorités européennes. Tous les autres secteurs des soins de santé doivent aussi porter le fardeau de l'utilisation non optimale des médicaments. Les fabricants et les autorités européennes doivent pour leur part décliner la demande des propriétaires et le non-respect des pharmacothérapies prescrites aussi bien que les professionnels de la santé doivent pouvoir avoir facilement accès à des services urgents d'hôpitaux.

Les malades aussi bien que les professionnels de la santé doivent pouvoir avoir facilement accès à des services urgents d'hôpitaux.

Les malades aussi bien que les professionnels de la cause de l'augmentation récente de la publicité directe sont des autres que les médias et les sociétés pharmaceutiques, qui cherchent trop souvent à commercialiser des sources autres que les médicaments crédibles, pertinents et compréhensibles. Ces pratiques dénaturent les médicaments et les malades qui, au contraire, sont dans un état de santé et de force très faible. Ces pratiques dénaturent les médicaments et les malades qui, au contraire, sont dans un état de santé et de force très faible.

Un certain nombre de projets finançés par le FASS ont porté sur des questions de pharmacothérapie (trempe employé au sens large ici, pour désigner tout aspect des soins de santé supposant le recours à des produits pharmaceutiques). Le document a abordé pour théme l'amélioration de l'utilisation des produits pharmaceutiques, puis les composantes des programmes d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et En raison de l'augmentation croissante du coût des médicaments d'ordonnance, la pharmacothérapie demeure une question primordiale pour de nombreux décideurs du domaine des soins de santé; ce fut d'ailleurs un des quatre grands dossier auxquels les participants à la Quatrième Conférence annuelle des premiers ministres ont décidé de consacrer leur

Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télé-santé, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le deuxième document est une analyse générale. Tout ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.



Wendy Kennedy, Ph.D.
Robert Goyer, Ph.D.
Faculté de pharmacie
Université de Montréal

Les questions pharmaceutiques

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE



DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. Santé Canada

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.
Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>
Téléc. : (613) 941-5366
Tél. : (613) 954-5995
K1A 0K9
Ottawa (Ontario)
Santé Canada
Publications

ISBN 0-662-66304-7
Cat. H13-6/2002-1

Les questions pharmaceutiques

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé



DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

